

CA1  
XC80  
-2010  
M23



HOUSE OF COMMONS  
CANADA



# **MENTAL HEALTH AND DRUG AND ALCOHOL ADDICTION IN THE FEDERAL CORRECTIONAL SYSTEM**

**Report of the Standing Committee on  
Public Safety and National Security**

**Kevin Sorenson, MP  
Chair**

**DECEMBER 2010**

**40th PARLIAMENT, 3rd SESSION**



---

Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

### **SPEAKER'S PERMISSION**

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Standing Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

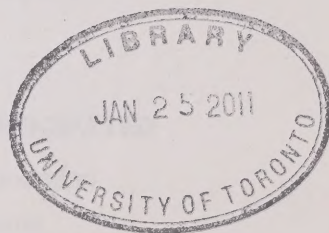
Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services  
Public Works and Government Services Canada  
Ottawa, Ontario K1A 0S5  
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943  
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757  
[publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca](mailto:publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca)  
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site  
at the following address: <http://www.parl.gc.ca>

# **MENTAL HEALTH AND DRUG AND ALCOHOL ADDICTION IN THE FEDERAL CORRECTIONAL SYSTEM**

## **Report of the Standing Committee on Public Safety and National Security**

**Kevin Sorenson, MP  
Chair**



**DECEMBER 2010**

**40th PARLIAMENT, 3rd SESSION**





# **STANDING COMMITTEE ON PUBLIC SAFETY AND NATIONAL SECURITY**

## **CHAIR**

Kevin Sorenson

## **VICE-CHAIRS**

Mark Holland

Don Davies

## **MEMBERS**

Roger Gaudet

Andrew Kania

Phil McColeman

Rick Norlock

Alexandra Mendes

Ben Lobb

Dave Mackenzie

Maria Mourani

Brent Rathgeber

## **OTHER MEMBERS OF PARLIAMENT WHO PARTICIPATED**

Nicolas Dufour

Robert Vincent

David Christopherson

André Bellavance

Bonnie Crombie

Meili Faille

Gary Ralph Schellenberger

Gerard Kennedy

Serge Ménard

Siobhan Coady

Hon. Joseph Volpe

Louis Plamondon

LaVar Payne

Laurie Hawn

Kevin Sorenson

Glen Douglas Pearson

Carole Freeman

Hon. Navdeep Bains

Scott Sims

Robert Oliphant

Carol Lavallée

Paule Brunelle

Todd Russell  
Luc Desnoyers  
Shelly Glover  
Sukh Dhaliwal

Peter Braid  
Garry Breitkreuz  
Borys Wrzesnewskyj  
Randy Hoback

## **CLERK OF THE COMMITTEE**

Roger Préfontaine

## **LIBRARY OF PARLIAMENT**

### **Parliamentary Information and Research Service**


Lyne Casavant, Tanya Dupuis

# **THE STANDING COMMITTEE ON PUBLIC SAFETY AND NATIONAL SECURITY**

has the honour to present its

## **FOURTH REPORT**

Pursuant to its mandate under Standing Order 108(2), the Committee has studied Federal Corrections: Mental Health and Addiction and has agreed to report the following:



Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119708964>



# TABLE OF CONTENTS

---

MENTAL HEALTH AND DRUG AND ALCOHOL ADDICTION IN THE FEDERAL CORRECTIONAL SYSTEM .....	1
CHAPTER 1: INTRODUCTION.....	1
1.1 THE COMMITTEE'S MANDATE AND PROCEDURE.....	2
1.2 STRUCTURE OF THE REPORT .....	4
CHAPTER 2: SHARED RESPONSIBILITY FOR CORRECTIONS AND HEALTH CARE .....	5
2.1 CORRECTIONS.....	5
2.2 HEALTH CARE .....	6
CHAPTER 3: THE CORRECTIONAL SERVICE OF CANADA'S CAPACITY TO ADDRESS THE MENTAL HEALTH AND ADDICTION NEEDS OF OFFENDERS.....	9
3.1 CORRECTIONAL SERVICE CANADA'S RESPONSIBILITIES AND EXISTING INFRASTRUCTURE FOR ACCOMMODATING FEDERAL INMATES .....	9
3.2 CORRECTIONAL SERVICE CANADA'S BUDGET .....	11
3.3 CORRECTIONAL SERVICE CANADA'S STAFF.....	11
CHAPTER 4: OVERVIEW OF THE INCIDENCE OF MENTAL DISORDERS AND ADDICTIONS WITHIN THE FEDERAL INMATE POPULATION .....	13
4.1 THE IMPACT OF MENTAL DISORDERS AND ADDICTIONS WITHIN THE FEDERAL INMATE POPULATION .....	13
4.2 THE VULNERABILITY OF INMATES WITH MENTAL HEALTH AND ADDICTION PROBLEMS.....	16
4.3 THE CHALLENGE CORRECTIONAL SERVICE CANADA FACES IN MANAGING SUCH A POPULATION .....	16
CHAPTER 5: COMMITTEE OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS.....	19
5.1 INVEST UPSTREAM TO ENSURE THAT PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS AND ADDICTION PROBLEMS DO NOT END UP IN PRISON DUE TO A LACK OF COMMUNITY RESOURCES.....	19

5.1.1. The Need for Investment in a Mental Health and Addiction System and an Appropriate National Strategy in Collaboration with the Provinces and the Territories .....	19
5.1.2. The Need for Greater Investment in Diversion Initiatives .....	21
5.1.2.1 Drug Treatment and Mental Health Courts.....	23
5.2 RECOGNITION OF THE ADVANTAGES OF PARTNERSHIPS IN THE DELIVERY OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION SERVICES WITHIN THE CORRECTIONAL SYSTEM .....	25
5.2.1. Healthcare Service Delivery Models in Norway, England and Wales .....	25
5.2.1.1 The Norwegian Approach.....	25
5.2.1.2 England and Wales .....	26
5.2.1.3 Benefits of Transferring Responsibility for Healthcare Services within the Correctional System to Provincial Health Authorities .....	27
5.2.2 Strengthening the Capacity of Correctional Service Canada to Meet the Needs of Federal Inmates by Developing Partnerships as an Interim Measure .....	29
5.2.2.1 The Need to Develop Agreements with Provincial and Territorial Health Authorities under which Inmates with Serious Mental Health Disorders would be Treated in Psychiatric Hospitals, rather than in Conventional Correctional Institutions .....	29
5.2.2.2 The Need to Develop Agreements with Provincial and Territorial Authorities and Community Organizations to Correct Shortcomings in Continuity of Care .....	30
5.3 THE NEED TO BETTER RESPOND TO THE SITUATION OF ABORIGINAL OFFENDERS .....	31
5.3.1 Correctional Service Canada's Commitment to Aboriginal Offenders .....	33
5.3.2 The Need to Improve Correctional Service Canada's Capacity to Work Effectively with Aboriginal Offenders .....	34
5.3.3 Correctional Service Canada's Obligation to Work with Aboriginal Communities (ss. 81 and 84, CCRA).....	36
5.4 THE NEED TO IMPROVE CORRECTIONAL SERVICE CANADA'S CAPACITY TO MEET OFFENDERS' HEALTHCARE NEEDS .....	37

5.5	IMPLEMENTATION OF THE CORRECTIONAL SERVICE OF CANADA'S MENTAL HEALTH STRATEGY .....	38
5.6	AN APPROACH TO DEAL WITH DRUGS IN PRISON THAT PUTS TOO MUCH EMPHASIS ON CONTROL, AS OPPOSED TO TREATMENT OF ADDICTIONS .....	41
5.7	THE PHYSICAL INADEQUACY OF SOME INSTITUTIONS .....	44
5.7.1	Penitentiaries that are Decrepit, Crowded, Noisy and Devoid of Natural Light .....	44
5.7.2	The Need for New Specialized Mental Health Units.....	46
5.8	CREATING AN ENVIRONMENT CONDUCIVE TO REHABILITATION.....	47
5.9	GAPS IN THE TRAINING OF CORRECTIONAL STAFF .....	51
5.10	INAPPROPRIATE USE OF ADMINISTRATIVE SEGREGATION.....	53
5.10.1	Statutory Framework .....	53
5.10.2	Administrative Segregation as a Default Option .....	54
5.10.3	Seeking Innovative Solutions.....	55
5.10.4	Independent Adjudication to Address Accountability and Transparency Problems at Correctional Service Canada.....	56
5.11	RECOGNIZING THE IMPORTANCE OF CORRECTIONAL PROGRAMS FOR THE REHABILITATION AND SAFE REINTEGRATION OF OFFENDERS.....	57
5.11.1	The Need to Immediately Increase Funding for Programs .....	58
5.11.2	A Need to Expand the Range of Programs Offered to Federal Inmates..	59
5.12	ENSURING A SAFE TRANSITION BACK INTO THE COMMUNITY AND REDUCING THE RISK OF RECIDIVISM .....	62
5.13	PROBLEMS RECRUITING AND RETAINING HEALTH PROFESSIONALS IN THE CORRECTIONAL SETTING .....	64
5.14	A NEED TO IMMEDIATELY IMPLEMENT THE RECOMMENDATIONS OF THE REPORT, <i>A PREVENTABLE DEATH</i> , BY THE OFFICE OF THE CORRECTIONAL INVESTIGATOR.....	66
5.15	FOLLOW UP ON RECOMMENDATIONS OF THE ANNUAL REPORT OF THE CORRECTIONAL INVESTIGATOR 2008-2009 .....	66



CONCLUSION ..... 69

LIST OF RECOMMENDATIONS..... 71

APPENDIX A

    List of Witnesses, Third Session, 40<sup>th</sup> Parliament ..... 81

    List of Witnesses, Second Session, 40<sup>th</sup> Parliament ..... 83

APPENDIX B

    List of Briefs, Third Session, 40<sup>th</sup> Parliament ..... 85

    List of Briefs, Second Session, 40<sup>th</sup> Parliament ..... 87

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE ..... 89

DISSENTING OPINION BY GOVERNMENT MEMBERS OF THE STANDING  
COMMITTEE ON PUBLIC SAFETY AND NATIONAL SECURITY ..... 91

BLOC QUÉBÉCOIS SUPPLEMENTARY OPINION..... 95

SUPPLEMENTARY OPINION OF THE NEW DEMOCRATIC PARTY OF CANADA ... 97



# MENTAL HEALTH AND DRUG AND ALCOHOL ADDICTION IN THE FEDERAL CORRECTIONAL SYSTEM

## CHAPTER 1: INTRODUCTION

---

Correctional institutions in Canada, like those in many countries, including Norway and England, accommodate large numbers of inmates suffering from mental disorders and drug and alcohol addiction. In Canada, some 80% of offenders serving prison sentences of two years or more have problems with drugs and/or alcohol. Approximately one in ten male inmates (12%), and one in five female inmates (21%), suffer from serious mental disorders upon admission to a federal correctional institution.<sup>1</sup>

This is not a recent development. Research has clearly shown that the correctional community, here as in elsewhere, is in poorer health overall than the population at large. The House of Commons Standing Committee on Public Safety and National Security (hereafter the Committee) is concerned however about the scope of this phenomenon within Canada's federal correctional system, and the lack of resources to enable Correctional Service Canada (CSC), which is responsible for the custody of offenders sentenced to two years or more, to meet the growing mental health and addiction needs of federal offenders.

This report contains the Committee's observations and recommendations based on its review of the policies, practices and programs adopted by CSC to provide treatment and support for federal offenders affected by mental disorders or addiction. The review highlighted the urgent need for an expansion of CSC's capacity to meet the growing needs of these offenders. The situation demands decisive federal government action; the Committee believes this should include the immediate allocation of additional financial resources to CSC for this purpose. The CSC should in turn give priority to improving how it deals with mental health disorders and addiction issues. This is a public safety issue because offenders who fail to receive appropriate treatment while in custody are more likely to reoffend after release, thus threatening the security of all Canadians.

That said, the Committee agrees with those who have testified before it that as far as possible, people suffering from mental disorders and addictions should not end up in detention because of these problems or the lack of community resources. Correctional institutions should not be serving as hospitals by default. In general, prison is not suited to caring for people affected by such problems. Indeed, mental health experts agree that the prison environment is harmful to mental health. Moreover, because of the constraints inherent in the prison setting, therapeutic interventions are complicated and expensive.

Like its witnesses, the Committee has concluded that CSC alone cannot cope with mental health and addiction problems in prisons. The criminalization and incarceration of those suffering from mental disorders or addictions is part of a broader context in which various players—government and non-government agencies—are active: the healthcare, social services and justice sectors. To avoid imprisoning people inappropriately because of their mental health disorders or addictions, all participants in the system have to work more closely together. Governments will have to establish a comprehensive, integrated and efficient mental health system based on promoting mental health and preventive care, early detection of mental disorders and addictions, access in the community to effective care and treatment and, as appropriate, the reintegration of those affected.

The Committee's study has also shed light on the need for rapid intervention, well before those concerned come into conflict with the law. When a crime is committed, there must be a capacity to assess the mental health of the accused in order to refer him or her to appropriate healthcare and support services and acquaint court officials with the accused's requirements. The Committee shares the view of most of its witnesses that such an approach is more consistent with the rights of those suffering from mental disorders and addictions and could generate substantial cost savings in the long run. Imprisonment is expensive and generally unsuited to caring for those rendered vulnerable by mental disorders and addiction issues.

## **1.1 THE COMMITTEE'S MANDATE AND PROCEDURE**

The Committee decided in April 2009<sup>2</sup> to conduct a study of mental health and addictions in the federal correctional system, after examining relevant information on the tragic death of Ashley Smith, a young woman of 19 who committed suicide in 2007 while detained at the federal Grand Valley Correctional Facility in Kitchener, Ontario.<sup>3</sup>

The Committee's mandate was to examine the policies, practices and programs adopted by CSC to meet the needs of federal offenders suffering from mental disorders and addictions, and to study best practices in the field.

From June 2, 2009 to April 1, 2010, the Committee held ten public hearings in Ottawa and approximately 10 informal sessions at correctional institutions in Saskatchewan, Ontario, Quebec and New Brunswick during which it gathered evidence from representatives of CSC, the Office of the Correctional Investigator of Canada (OCI), the departments of Public Safety and Justice, the Mental Health Commission of Canada, the Canadian Mental Health Association, the Centre for Addiction and Mental Health, the John Howard Society of Canada, the Canadian Association of Elizabeth Fry Societies and

---

2 Pursuant to Standing Order 108(2). Minutes of the Committee, April 28, 2009.

3 In June 2008, two important reports were published on the subject: the report of the New Brunswick Ombudsman and Child and Youth Advocate, entitled *The Ashley Smith Report*, <http://www.gnb.ca/0073/PDF/AshleySmith-e.pdf>; and that of the Correctional Investigator of Canada, entitled, *A Preventable Death*, <http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/oth-aut/oth-aut20080620-eng.aspx>.

numerous experts and stakeholders in the correctional, addictions and mental health fields, including a number of specialized tribunals.<sup>4</sup>

In Canada, the Committee visited as many correctional facilities as possible during the time available to it. Generally speaking, the institutions visited were of various sizes and security levels and represented a good balance of traditional correctional institutions, Aboriginal healing lodges and regional mental health centres. However, the Committee did not visit any correctional facilities in the Pacific Region, and visited only one institution for women.<sup>5</sup>

The Committee also wanted to place its findings and observations in an international context by travelling to Norway and England, where members spoke with experts and stakeholders in the mental health and addiction field and examined the practices adopted in those countries to address addiction and mental health problems in correctional settings. The Committee wanted to determine whether there were any lessons to be learned from approaches adopted in those countries, more specifically with regard to the provision of mental health and addiction services in prison. Throughout its international travel, Committee members spoke with criminologists, health professionals working in correctional settings, institutional heads, prison guards and persons responsible for correctional services oversight (ombudsmen). Members also visited three prisons for men and a forensic psychiatric hospital.<sup>6</sup>

The Committee's overseas travel was highly productive, thanks to the input of all the experts and caseworkers it had an opportunity to meet, and the best practices it observed in the delivery of health care in a correctional setting.

In fulfilling its mandate, the Committee also consulted relevant research, in particular the report by Lord Bradley, who was commissioned by the British government in 2007 to conduct an independent inquiry into the care of those with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system. It also reviewed the report by James Livingston, *Mental Health and Substance Use Services in Correctional Settings: A Review of Minimum Standards and Best Practices*, as well as the *Framework for a Mental Health Strategy for Canada*, developed by the Mental Health Commission of Canada (MHCC). The Committee also noted the excellent work done by the MHCC since it was established in the spring of 2007 to diminish the stigma and discrimination faced by Canadians living with mental illness and addictions.<sup>7</sup>

---

4 A list of witnesses will be found in Appendix A.

5 The Committee visited Dorchester Penitentiary and the Shepody Healing Centre in the Atlantic Region, the Regional Reception Centre and the Regional Mental Health Centre in the Quebec Region, the Regional Treatment Centre and Kingston Penitentiary in the Ontario Region and the Regional Psychiatric Centre and the Okimaw Ohci Healing Lodge in the Prairie Region.

6 The Committee visited Ila and Oslo prisons in Norway, the Bracton Centre (a forensic psychiatry facility) in London, and Whitemoor Prison in Cambridgeshire.

7 Mental Health Commission of Canada, *Toward Recovery and Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada*, November 2009.



Lastly, throughout its study, the Committee noted the dedication and professionalism of staff who work on a daily basis—and often in substandard conditions—with offenders incarcerated at the correctional institutions of Canada, Norway and England, and the vital contribution of CSC volunteers to public safety.

## **1.2 STRUCTURE OF THE REPORT**

This report contains five chapters, including this introduction. Chapter 2 outlines the constitutional division of powers with respect to the correctional and health fields in Canada. Chapter 3 provides some information about the capacity of CSC to address the mental health and addiction needs of offenders. Chapter 4 discusses the prevalence of mental disorders and addictions in the federal correctional system, the vulnerability of offenders affected by such problems and the challenges faced by CSC in the management of its inmate population. Lastly, Chapter 5 includes Committee observations and recommendations designed to correct the deficiencies pointed out by the witnesses it heard from throughout its study.



## CHAPTER 2: SHARED RESPONSIBILITY FOR CORRECTIONS AND HEALTH CARE

---

Throughout the Committee's review, witnesses highlighted the specific challenges facing Canada with regard to the delivery of mental health and addiction services in correctional settings stemming from the constitutional distribution of legislative powers between the federal, provincial and territorial governments in the correctional and health fields. This chapter contains a brief discussion of the separation of powers in those fields.

### 2.1 CORRECTIONS

Under the Constitution Act, 1867, responsibility for correctional services is divided in Canada between the federal government and the provincial and territorial governments, on the basis of the sentences imposed by the courts. Adult offenders sentenced to prison terms of two years or more come under federal jurisdiction, while those serving terms of less than two years are under provincial or territorial government jurisdiction.<sup>8</sup>

CSC is the federal agency responsible for administering prison terms of two years or more. It reports to the Department of Public Safety, and is governed by the *Corrections and Conditional Release Act* (CCRA).<sup>9</sup> It is responsible for managing federal correctional institutions, for the care and custody of offenders, for their preparation for gradual reintegration into the community and for the supervision of offenders on conditional release. It is thus responsible for offenders from sentencing to completion of their terms. It is also responsible for post-sentence supervision of offenders subject to long term supervision orders.

In contrast, all offenders sentenced to terms of imprisonment in Norway, England and Wales fall under the jurisdiction of a central administration. This is an important distinction since the Committee's study focused solely on offenders under federal responsibility. Some facilities visited in Norway and England housed offenders sentenced to very short prison terms, of less than one month in certain cases. The Committee learned that very short sentences pose specific challenges for the correctional administrations of those countries, particularly for the delivery of mental health care in prison and in the community. For example, the Committee learned that the correctional

---

8 Provincial and territorial correctional services are also responsible for accused persons being held in temporary detention and offenders serving sentences in the community.

9 The *Corrections and Conditional Release Act* (CCRA), proclaimed on November 1, 1992, replaced the *Penitentiary Act* and the *Parole Act*. The CCRA determines the respective responsibilities of the three agencies that constitute the federal correctional system: the Correctional Service of Canada (CSC), the National Parole Board (NPB) and the Office of the Correctional Investigator (OCI), as well as the principles that must guide their actions, and also sets out the definitions and regulations of all types of conditional release.

administration in England and Wales does not have supervisory powers over adults sentenced to terms of less than one year when they are released before the end of their term.

In Canada, only federal inmates released upon the expiry of their prison sentence are not subject to supervision in the community. The vast majority of offenders are released gradually into the community under CSC supervision before the expiration of their sentence. Research has shown that this is the surest way of monitoring the risk of recidivism and thus ensuring public safety.

## 2.2 HEALTH CARE

The Constitution Act of 1867 also dictates the distribution of legislative powers among the federal, provincial and territorial governments with respect to health. Within Canada's healthcare system, the provinces and territories have the most significant responsibilities in the delivery of healthcare services. They are responsible for mental health legislation, and for the establishment, maintenance and administration of psychiatric hospitals. Thus, each province and territory has its own mental health act.<sup>10</sup>

The federal government is responsible for assisting in the funding of provincial and territorial healthcare services through fiscal transfers, administering health system standards under the Canada Health Act (CHA), and providing healthcare services to specific groups within the Canadian population,<sup>11</sup> including penitentiary inmates, within the meaning of Part I of the CCRA.<sup>12</sup>

Federal inmates are thus excluded under section 2 of the CHA. As a result, their medical care is covered neither by Health Canada, nor by the healthcare system of the province in which they are located. Under the CCRA, the delivery of health care to offenders in federal institutions is a CSC responsibility. To ensure continuity of care when

---

10 See John E. Gray, Margaret A. Shone and Peter F. Liddle, *Canadian Mental Health Law and Policy*, 2<sup>nd</sup> ed., LexisNexis Canada Inc., 2008 at p. 19; British Columbia: *Mental Health Act*, R.S.B.C. 1996, c. 288; Alberta: *Mental Health Act*, R.S.A. 2000, c. M-13; Saskatchewan: *Mental Health Services Act*, S.S. 1984-85-86, c. M-13.1; Manitoba: *Mental Health Act*, C.C.S.M., c. M110; Ontario: *Mental Health Act*, R.S.O. 1990, c. M.7; Quebec: *An Act Respecting the Protection of Persons Whose Mental State Presents a Danger to Themselves or to Others*, R.S.Q. c. P-38.001; New Brunswick: *Mental Health Act*, R.S.N.B. 1973, c. M-10; Nova Scotia: *Involuntary Psychiatric Treatment Act*, S.N.S. 2005, c. 42; Prince Edward Island: *Mental Health Act*, R.S.P.E.I. 1988, c. M-6.1; Newfoundland and Labrador: *Mental Health Care and Treatment Act*, S.N.L. 2006, c. M-9.1; Yukon Territory: *Mental Health Act*, R.S.Y. 2002, c. 150; Northwest Territories: *Mental Health Act*, R.S.N.W.T. 1988, c. M-10; Nunavut: *Mental Health Act (Nunavut)*, R.S.N.W.T. 1988, c. M-10.

11 The federal government has exclusive responsibility for six other groups of Canadians: First Nations and Inuit people, the Canadian Forces and veterans, the Royal Canadian Mounted Police, immigrants, refugees and federal public service employees.

12 Under the CCRA, "penitentiary" means "a facility of any description, including all lands connected therewith, that is operated, permanently or temporarily, by the Service for the care and custody of inmates," and "any place declared to be a penitentiary pursuant to section 7".

offenders are released into the community, CSC is also required to ensure that an offender has a health insurance card upon release, and an adequate supply of medication for any physical problem and/or mental health disorder.<sup>13</sup>

The nature of CSC's obligations with respect to health care within its institutions is set out in sections 85 to 89 of the CCRA, according to which every inmate is to receive essential health care, such as medical care, dental care as well as active and continuing mental health care. CSC is also required to provide every inmate with reasonable access to non-essential mental health care that will contribute to the inmate's rehabilitation and successful reintegration into the community. Health care for inmates is to be provided by registered healthcare professionals, in accordance with professionally recognized standards.

CSC is also responsible for providing programs and services designed to address the factors that may have led offenders to commit the crime for which they were sentenced. Under sections 3, 5 and 76 of the CCRA, CSC is to provide a range of correctional programs designed to address the needs of offenders, help them to change their behaviour, and contribute to their rehabilitation.

The administration and delivery of healthcare services presents significant challenges for CSC both in the institutional and in the community setting. It should be noted that under the CCRA, the administration of treatment is subject to the voluntary, informed consent of the inmate, who may refuse or terminate it. When an offender is unable to give informed consent, provincial mental health legislation applies.





## CHAPTER 3: THE CORRECTIONAL SERVICE OF CANADA'S CAPACITY TO ADDRESS THE MENTAL HEALTH AND ADDICTION NEEDS OF OFFENDERS

---

### 3.1 CORRECTIONAL SERVICE CANADA'S RESPONSIBILITIES AND EXISTING INFRASTRUCTURE FOR ACCOMMODATING FEDERAL INMATES

Every year, CSC is responsible for slightly more than 22,000 offenders, approximately 13,000 of whom are inmates at a correctional facility and 8,800 others who have been released under community supervision.<sup>14</sup> It operates a total of 57 correctional facilities: six for women and 51 for men. Of these, 16 are minimum security institutions, 20 are medium security, eight are maximum security and 13 are multi-level. All correctional facilities for women, including the five regional facilities and the aboriginal institution Okimaw Ohci Healing Lodge, are multi-level. The CSC also manages 16 community correctional centres, 175 community residential facilities and 84 parole offices.

To house offenders who are unable to function normally at a regular correctional institution as a result of mental disorders, CSC also operates five regional treatment centres (RTCs), also known as psychiatric or rehabilitation centres. They are located in Abbotsford, British Columbia, Dorchester, New Brunswick, Saskatoon, Saskatchewan, Kingston, Ontario and Sainte-Anne-des-Plaines, Quebec.<sup>15</sup> CSC does not have an independent psychiatric facility to house and treat female offenders requiring intensive mental health care. However, it can accommodate female offenders in a specialized unit at the regional psychiatric centre in Saskatoon. This women's unit has 12 beds.<sup>16</sup> Some female offenders can also receive treatment at the Institut Philippe-Pinel in Montreal pursuant to an agreement between CSC and the Government of Quebec which offers a total of 12 beds for psychiatric treatments of male and female offenders.

It is the responsibility of mental health professionals assigned to the regular institutions to recommend offenders (male and female) for admission to an RTC. According to documentation provided by CSC, only those offenders who meet the following conditions may be admitted:

---

14 In August 2009, CSC was responsible for 22,053 offenders, of whom 13,179 were in detention and 8,874 were on release under community supervision. Correctional Service Canada, Briefing Book presented to the Committee in November 2009.

15 As of December 31, 2009, three of the CSC's five RTCs had been accredited by Accreditation Canada, a private independent non-profit organization. Accreditation follows a peer review by outside experts, who assess the quality of service provided by an institution against standards of excellence. Institutions participate annually in the program on an optional basis. A list of accredited institutions is prepared and updated twice a year by Accreditation Canada. Accreditation is said to be the most efficient way of regularly reviewing service delivery in order to improve the standard of care. See *Accredited Health Organizations*, as of December 31, 2009, Accreditation Canada 2008, revised 2010.

16 Correctional Service Canada, Briefing Book presented to the Committee in November 2009.

- Offenders suffering from acute mental or psychiatric illnesses, such as psychoses;
- Offenders with chronic mental illnesses;
- Offenders with cognitive, cerebral disabilities or deficits, such as the full range of fetal alcohol syndrome disorders);
- Older offenders with physical or mental problems, such as dementia or Alzheimer's;
- Offenders in crisis, such as those who are suicidal, or cases of chronic self-injuring.

RTCs are therefore available to offenders (male and female) with serious mental health problems or who require special intervention. Their aim is to stabilize these individuals so that they can return to the general inmate population. During the Committee study, witnesses noted that some offenders are released too soon from RTCs and very quickly find themselves in crisis once again in the regular correctional institutions. The situation is attributable in part to insufficient space to accommodate all federal inmates with serious mental health problems. This reportedly contributes to a revolving-door syndrome, and a tendency towards crisis management rather than prevention.

Minimum or medium security women offenders with mental health needs who do not meet the admission criteria of the Saskatoon regional psychiatric treatment centre or the Institut Philippe-Pinel are treated in structured living units within the perimeter of women's regional correctional institutions. Maximum security women are treated in security units, also located at women's regional institutions. Here is what CSC's former Deputy Commissioner for Women, Elizabeth Van Allen, told the Committee:

CSC has implemented the structured living environment, which provides a separate living space and programming area within the institution for women classified as minimum or medium security. It is a therapeutic environment that is staffed 24 hours a day with an interdisciplinary team that can provide specialized correctional, rehabilitative, and mental health treatment.

Finally, for women requiring similar intensive intervention but who are classified as maximum security, CSC constructed security units at each of the five regional women's institutions. These units feature heightened security measures coupled with an interdisciplinary approach similar to the structured living environments that provides intensive staff intervention, programming, and treatment to these higher-risk women.<sup>17</sup>

According to testimony before the Committee, CSC's capacity to respond to the needs of offenders with mental disorders is largely limited to the care and treatment provided at RTCs. Canada's Correctional Investigator, Howard Sapers, stated the following in his most recent report:

---

17 *Evidence*, November 5, 2009.

Yet despite the need, the capacity of the federal correctional system to respond to and treat mental illness is largely reserved for the most acute or seriously chronic cases—those receiving psychiatric treatment in one of the five Regional Treatment Centres. Most other mental health problems are either untreated or receive limited clinical attention.<sup>18</sup>

The situation is all the more alarming in that most federal offenders with mental disorders do not meet the admission conditions for RTCs. This is the case in particular of many offenders with personality disorders, anxiety, insomnia, brain injuries, depression and fetal alcohol syndrome disorders. The Correctional Investigator points out in his report that fewer than “10% of offenders are ever admitted to or treated in the therapeutic environment of the RTCs.”<sup>19</sup> Appearing before the Committee, Mr. Sapers stated:

The overwhelming majority of offenders suffering from mental illness in prison do not generally meet the admission criteria that would allow them to benefit from the services provided in the regional treatment centre. They stay in general institutions, and their illnesses are often portrayed as behavioural problems or... are labelled as disciplinary as opposed to health issues. This is especially true for offenders suffering from brain injuries and for those with fetal alcohol spectrum disorder.<sup>20</sup>

### 3.2 CORRECTIONAL SERVICE CANADA’S BUDGET

To fulfill its mandate, CSC has a budget of almost \$2.5 billion for 2010-2011, up \$255.7 million from the previous year.<sup>21</sup> When he appeared before the Committee, CSC Senior Deputy Commissioner, Marc-Arthur Hyppolite, indicated that most of CSC’s budget is consumed by fixed costs. The 2010-2011 Estimates in fact show that about 69% of its resources are allocated to the provision of care and custody of offenders, which includes fixed and semi-fixed costs for security systems, salaries for correctional staff, facilities maintenance, food services and capital. Some 18% is allocated to correctional interventions, which includes case management and offender programs that target criminogenic factors underlying criminal behaviour, and training and job readiness activities for offenders. Lastly, CSC devotes some 5% of its budget to community supervision of offenders.<sup>22</sup> As will be noted in Chapter 5 of the report, a number of witnesses feel that CSC does not devote sufficient funds to correctional programming, which accounts for 2 to 2.7% of the budget.

### 3.3 CORRECTIONAL SERVICE CANADA’S STAFF

CSC has some 17,000 employees, including 7,000 correctional officers, 2,500 parole officers or program officers, 750 nurses and 340 psychologists.<sup>23</sup> Health

---

18 *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2008-2009*, June 29, 2009, p. 12.

19 *Ibid.*, p. 15.

20 *Evidence*, June 2, 2009.

21 Correctional Service Canada, *2010-2011 Estimates, Part III—Report on Plans and Priorities*, 2010.

22 Correctional Service Canada, *2009-2010 Estimates, Part III—Report on Plans and Priorities*, 2009.

23 Correctional Service Canada, Briefing Book presented to the Committee in November 2009: data from the human resources management sector of CSC, August 16, 2009.

professionals represent approximately 3.7% of CSC's work force (excluding staff members who work in RTCs).<sup>24</sup> CSC also benefits from the contribution of some 9,000 volunteers working in its institutions and in the community. Volunteer activities include tutoring, literacy services, chaplaincy services, raising awareness of Aboriginal culture, traditions and spirituality, as well as multicultural and social events and substance abuse treatment programs. CSC also relies on the participation of citizen advisory committees, made up of volunteers who participate in various ways in developing CSC policy and practices.

---

24 Correctional Service Canada, *Strategic Plan for Human Resource Management, 2007-2010*, [http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/sphrm07\\_10/message-eng.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/sphrm07_10/message-eng.shtml).



## CHAPTER 4: OVERVIEW OF THE INCIDENCE OF MENTAL DISORDERS AND ADDICTIONS WITHIN THE FEDERAL INMATE POPULATION

---

This chapter provides an overview of the incidence of mental disorders and addiction problems within the federal inmate population. It also discusses the challenges facing CSC in the management of an offender population with complex and diversified characteristics.

### 4.1. THE IMPACT OF MENTAL DISORDERS AND ADDICTIONS WITHIN THE FEDERAL INMATE POPULATION

Appearing before the Committee, CSC Commissioner Don Head stated that slightly more than one in ten male offenders (12%) and one in five female offenders (21%) had serious mental health problems when admitted to detention,<sup>25</sup> representing respective increases of 61% and 71% since 1997.

Moreover, in 2007-2008:<sup>26</sup>

- 21.8% of female offenders and 10.4% of male offenders had a “mental health indicator at time of admission”;
- 30.1% of female offenders and 14.5% of male offenders had had “past psychiatric hospitalization”;
- 33.2% of female offenders and 20.6% of male offenders admitted having had psychiatric medication prescribed, a percentage which had almost doubled since 1998-1999; and,
- 8.7% of female offenders and 5.9% of male offenders were psychiatric outpatients when admitted to detention.

According to information received by the Committee, mental disorders are up to three times as common among federal inmates as in the Canadian population at large.<sup>27</sup> According to the Correctional Investigator “federal penitentiaries in Canada probably house the largest populations of the mentally ill in this country.”<sup>28</sup>

---

25 Don Head, Commissioner, Correctional Service Canada, *Evidence*, June 11, 2009. Correctional Service Canada, Briefing Book presented to the Committee in November 2009.

26 The following statistics were taken from Public Safety Canada, *Corrections and Conditional Release Statistical Overview*, Public Safety Canada Portfolio Corrections Statistics Committee, December 2009.

27 Ibid.

28 *Evidence*, June 2, 2009.

While these data are alarming, witnesses pointed out that they in fact considerably underestimate the actual incidence of mental disorders in the federal correctional system. This is because it was only recently that CSC set up a system for tracking mental illness upon admission, and also because mild or moderate mental health problems are often difficult to detect.<sup>29</sup> Finally, the Committee was informed that deficient diagnostic practices at admission also play a role in underestimating the actual incidence of mental health disorders.

According to the definition of mental illness used by the authors, James Livingston, researcher and author of the report *Mental Health and Substance Use Services in Correctional Settings: A Review of Minimum Standards and Best Practices*, notes that the incidence reported in the documentation varies from 10% to 80%.

Throughout the Committee's study, various explanations were advanced to account for the high prevalence of mental disorders in Canada's correctional system. They included the de-institutionalization of psychiatric patients, cuts in social services, the growing involvement of the justice system in social relations, the introduction of zero-tolerance policies with respect to drugs, and restrictions on committal practices.

A number of witnesses, including some in Norway and England, supported the theory of the de-institutionalization of psychiatric patients. The goal of this de-institutionalization movement, which followed developments in psychopharmacology, was to humanize mental health treatment by abandoning asylums as care facilities and limiting the number and duration of hospitalizations. It seems the expected results were not achieved, because the expansion in treatment services and community support fell short of what was needed to support such a movement.

Although all of our witnesses agreed that the de-institutionalization trend had an obvious impact on the Canadian correctional system, some emphasized that it cannot be the only explanation for the substantial increase in the number of federal offenders with mental disorders. Appearing before the Committee, the Correctional Investigator stated:

In fact, I think you can track some of the growth in the mentally ill being in federal corrections because of other policy changes elsewhere. But it's not just the de-institutionalization; there are policies around zero tolerance, and engaging the police in situations today that perhaps the police wouldn't have been engaged in a decade or more ago, and using the courts in some ways today that perhaps weren't being used a decade or more ago.<sup>30</sup>

Throughout the study, many witnesses also told the Committee that the federal correctional system also house a large number of offenders addicted to drugs or alcohol. Data indicates that about four out of every five offenders admitted to CSC correctional institutions have serious drug or alcohol abuse problems. Half of these offenders

---

29 These include mood disorders (depressive conditions, bipolar disorder and so on), neurotic disorders (anxiety, obsessive-compulsive disorder and so on) and personality and behavioural disorders.

30 *Evidence*, June 2, 2009.

reportedly committed a crime under the influence of drugs, alcohol or other intoxicants.<sup>31</sup> Regarding the Nova Institution for Women in Dorchester, Adèle McInnis, Warden, told the Committee that about 90% of the inmates have needs varying from moderate to high with respect to drugs, alcohol or both.

A number of witnesses heard from in Canada, Norway and England pointed out that many inmates who suffer from substance abuse also suffer from mental disorders; the expression they used was “concurrent disorders”.<sup>32</sup>

In some cases, mental disorders are the result of the use of mood-altering drugs, while in other cases drug use conceals mental health disorders. This is true, for example, of those who abuse substances to cope with their anxiety or depression. As we propose in Chapter 5, in order to treat these offenders effectively, correctional administrations must use integrated treatment models: the concurrent treatment of substance abuse and the mental disorder.<sup>33</sup>

Some witnesses also argued that “substance abuse disorders usually occur after the onset of... a mental illness of some kind.”<sup>34</sup> According to the Executive Director of the John Howard Society of Canada, Craig Jones: “... if we filter the [CSC] commissioner’s understanding [that about 80% of federal offenders have substance abuse problems, either alcohol and/or drugs when admitted] through what we know about the co-occurrence of substance abuse and mental health we can say reasonably that roughly 80% of the current prison population suffers from a concurrent disorder.”<sup>35</sup> This statement was, however, challenged by other witnesses who pointed out that not all offenders with drug or alcohol problems are necessarily addicts. Moreover, not all drug addicts necessarily suffer from mental health problems<sup>36</sup> just as not all persons affected by mental illness are necessarily addicts. The Committee was unable to come to a conclusion on this issue since the CSC officials met during the study did not provide any data regarding the incidence of mental health problems concomitant with addictions in the federal prison population.

---

31 Ivan Zinger, Executive Director and General Counsel, Office of the Correctional Investigator, *Evidence*, June 2, 2009.

32 The expression “concurrent disorders” is applied to those who are suffering from a number of disorders at the same time. These may include one or more mental health disorders, possibly combined with substance abuse problems, health problems and intellectual deficiencies.

33 James Livingston, Researcher, Mental Health and Addiction Services, Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, *Evidence*, October 29, 2009.

34 Craig Jones, Executive Director, John Howard Society of Canada, *Evidence*, October 27, 2009.

35 *Evidence*, October 27, 2009.

36 Although addiction is associated with mental health problems, it is not considered a “mental illness”. That being said, the research shows however that addicts are at higher risk of developing mental illness, just as those with mental illness are at higher risk of developing an addiction problem. For more information about concurrent mental health disorders and addictions, consult the Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) website at [http://www.camh.net/About/Addiction\\_Mental\\_Health/Concurrent\\_Disorders/index.html](http://www.camh.net/About/Addiction_Mental_Health/Concurrent_Disorders/index.html).



## **4.2 THE VULNERABILITY OF INMATES WITH MENTAL HEALTH AND ADDICTION PROBLEMS**

Offenders with mental health problems are highly vulnerable within the inmate population. During our inquiry, all the offenders with mental disorders that the Committee spoke to said they did not feel safe in traditional correctional institutions. They also noted that they were frequently the victims of intimidation and violence by the other inmates.

In addition, statistics compiled by correctional administrations on suicides and self-injury incidents show that offenders with mental health disorders are more likely than other offenders to attempt suicide, or injure themselves.

The Committee recognizes that offenders with mental disorders generally have difficulty adapting to the correctional environment. “[They] do not always comprehend... the rules of institutional life, and do not always conform or adjust properly to them.”<sup>37</sup> Adjustment difficulties are exacerbated by the fact that irrational and compulsive behaviours associated with mental disorders are often interpreted as acts of violence, rather than mental health disorders, and lead to responsive actions based on notions of security rather than treatment.<sup>38</sup>

## **4.3 THE CHALLENGE CORRECTIONAL SERVICE CANADA FACES IN MANAGING SUCH A POPULATION**

Managing such an inmate population presents a substantial challenge for CSC, which has to ensure inmate security and provide care and programs designed to respond effectively to their needs. The challenge is complicated by the fact that in recent years, the federal correctional system has been coping with a change in the profile of the inmate population. Federal inmates have reportedly become more violent, and more aggressive. When our study was conducted, CSC estimated that about 60% of inmates had a history of violence.<sup>39</sup> They were more often classified as maximum security upon admission than in the past.<sup>40</sup> A greater number of inmates were also affiliated to gangs and other criminal organizations. As noted in the CSC Review Panel report, the CSC estimates that about one in six male offenders and one in ten female offenders currently have an affiliation to gang or organized crime.<sup>41</sup> These factors are in addition to the substantial increase in the number of offenders affected by mental health disorders and serious drug or alcohol abuse problems when admitted to CSC facilities.

---

37 Howard Sapers, Correctional Investigator of Canada, *Evidence*, June 2, 2009.

38 Ivan Zinger, *Evidence*, June 2, 2009.

39 Correctional Service of Canada Review Panel, *A Roadmap to Strengthening Public Safety*, October 2007, p. 3.

40 Ibid.

41 Ibid.



In order to understand the challenges faced by CSC, we also have to consider the fact that in general, inmates are in poorer health than the population as a whole.<sup>42</sup> The prison population is characterized in particular by a high prevalence of infectious diseases, such as HIV and hepatitis C. Estimates are that federal inmates are 7 to 10 times more likely than the rest of the population to be HIV positive, and close to 30 times more likely to have contracted hepatitis C.<sup>43</sup> Moreover, as a group, they are generally disadvantaged in terms of employment, housing, income and social relations.

The growing seriousness of inmates' mental health problems presents substantial challenges for CSC, which admits to being fully aware of the problem. It openly acknowledges the harmful consequences of the inadequacy of mental health services provided in its correctional facilities. Indeed, it states in its 2008-2009 Report on Plans and Priorities:

Inmates with untreated mental health disorders cannot fully engage in their correctional plans. They may compromise the safety of other inmates and front-line staff, and may become unstable within the community upon release, particularly where service providers may not perceive offenders as one of their client groups.<sup>44</sup>

For CSC, the difficulty of managing a population that needs more care and services is compounded by a number of factors. Among these are the aging infrastructure of a number of its correctional facilities, inadequate funding, difficulties in recruiting and retaining mental health professionals, and conflicting priorities in a correctional system designed to both assist and control offenders. The Correctional Investigator told us:

There are many reasons that progress is slow and hampered. A lot of it has to do with the timing of that money. A lot of it has to do with the recruitment and retention of health care professionals. A lot of it has to do with competing priorities within a prison system. Part of it has to do with that tension I talked about, when I said we're talking about a prison system and not a health system.

It would be very easy to say that the Correctional Service simply failed or mismanaged that file, but that would be easy, and it would be incorrect. The Correctional Service is very alive to this challenge. I know you're going to be meeting with the commissioner of corrections, and I would encourage you to ask him that question.

I'll tell you it's not due to a lack of good intentions, and there are some structural and operational reasons, but I'll also tell you it's a lack of a sense of urgency, immediacy, and priority.<sup>45</sup>

The Committee urges the federal government to acknowledge the critical nature of this problem by contributing to research and the implementation of innovative and effective

---

42 Dr. Ruth Martin, Clinical Professor, Department of Family Practice and Collaborating Centre for Prison Health and Education, University of British Columbia, *Evidence*, March 16, 2010.

43 See for example the CSC publication, *Specific Guidelines for Methadone Maintenance Treatment* (2003), at <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/index-eng.shtml>.

44 Correctional Service Canada, *Report on Plans and Priorities 2008-2009*, 2007.

45 *Evidence*, June 2, 2009.

solutions for mental health and addictions and by substantially increasing CSC's budget for the management of an inmate population confronted by these problems. In order to reduce the burden on federal, provincial and territorial correctional facilities in the longer term, governments should, in the Committee's opinion, invest more in mental health disorder prevention and diversion initiatives. The next chapter of this report contains more specific observations and recommendations concerning mental health and addiction services provided in the community and within the federal correctional system.

## CHAPTER 5: COMMITTEE OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS

---

### 5.1. INVEST UPSTREAM TO ENSURE THAT PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS AND ADDICTION PROBLEMS DO NOT END UP IN PRISON DUE TO A LACK OF COMMUNITY RESOURCES

[W]hen you're dealing with mentally ill offenders..., the best way to prevent future criminality is to treat that mental illness, but we're talking about a prison system and not a health system. The best way to ensure that these folks don't come into conflict with the law, I suppose, is to make sure they're getting adequate services and the treatments they need in the community before they enter corrections.<sup>46</sup>

This excerpt from testimony by the Correctional Investigator accurately sums up the feelings shared by many witnesses we heard from in Canada, Norway and England. While our inquiry did not specifically address community mental health and addiction prevention initiatives, the Committee believes they are a key aspect of the issues it is concerned with. This first section therefore considers addressing the issues of mental health and addictions among inmates from a prevention perspective.

At the outset, the Committee wishes to state that it supports the decision by federal, provincial and territorial ministers responsible for the administration of justice who, at a meeting in Fredericton, New Brunswick on October 29 and 30, 2009, "acknowledged the need to address the increasing challenges related to mental health issues in the criminal justice system," and agreed this topic would be a standing agenda item for their future meetings.<sup>47</sup> Cooperation among the various levels of government is central to an integrated mental health system that will prevent those suffering from mental disorders and addiction problems from ending up in prison inappropriately because of such problems.

#### 5.1.1. The Need for Investment in a Mental Health and Addiction System and an Appropriate National Strategy in Collaboration with the Provinces and the Territories

It is estimated that every year, "about one in every five people living in Canada will experience diagnosable mental health problems or illnesses." Research tends to show that these problems generally develop during childhood and adolescence (70% of cases).<sup>48</sup> These data are alarming, particularly as according to the Mental Health Commission of Canada (MHCC), "no jurisdiction in the country can lay claim to having a genuine mental health system in place. Rather, what generally exists is a fragmented patchwork of

---

46 Evidence, June 2, 2009.

47 Canadian Intergovernmental Conference Secretariat, press release, 2009  
[http://www.scics.gc.ca/cinfo09/830974004\\_e.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo09/830974004_e.html).

48 Mental Health Commission of Canada, *Toward Recovery and Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada*, November 2009.

programs and services, many of which face a constant struggle to find adequate resources to meet ongoing demands.”<sup>49</sup>

According to the MHCC, “[a] mental health system must also be comprehensive. Being comprehensive means addressing the full range of factors that influence mental health and well-being for everyone living in Canada.”<sup>50</sup> It has to take into consideration the economic, social, environmental, cultural, family and individual factors that contribute to good mental health, including access to proper housing and stable income, and it must seek to reduce the factors that increase the likelihood of a person’s developing mental disorders, such as poverty, abuse of drugs and alcohol, violence and social isolation.

In order to prevent people with mental health or addiction problems from committing crimes as a result of these problems and being incarcerated in provincial or federal correctional institutions, we also have to ensure that community mental health services are both available and effective.

Like some of our witnesses, the Committee believes that to reduce the burden on CSC resulting from mental health and addiction issues, it is imperative that:

- Funding to the provinces and territories be increased for services and programs that tackle the structural and social determinants of mental health, primarily access to adequate housing and stable income;
- The capacity of the public health and social services network to meet the public’s mental health needs, in particular by facilitating access to treatment and support services, be strengthened; and
- Early detection of mental health and addiction issues be improved.

The Committee agrees with those witnesses who felt that it would be more cost-effective, in the long term, to invest in the risk and protection factors that affect the mental health of all Canadians, rather than continually increase funding for mental health services provided in correctional institutions. As noted by a witness in London, we must stop regarding imprisonment as a free resource, while associating costs with crime prevention.<sup>51</sup> On the contrary, research has shown that imprisonment is an expensive measure that is generally not suited to the care of people suffering from mental disorders. Imprisonment can facilitate the appearance of mental disorders, or contribute to their recurrence and the aggravation of symptoms, particularly as a result of the stress generated by the danger of intimidation and violence within institutions, separation from family and loved ones, and concerns related to eventual release.

---

49 Ibid., p. 15.

50 Ibid., p. 16.

51 Excerpt from testimony by Sir Alan Beith, Chairman of the Justice Committee in the United Kingdom, at the meeting in Westminster Palace.



In light of these considerations, the Committee recommends:

### **RECOMMENDATION 1**

**That the federal government, in cooperation with the provinces and territories, make a commitment to and a serious investment in the mental health system, in order to ease the identification of and access to treatment for people suffering from mental health and addictions before they end up in the correctional system.**

In London, the Committee became aware of a recent report entitled *Childhood Mental Health and Life Chances in Post-war Britain*. Insights from three national birth cohort studies that illustrates the importance of investing in measures to support parents and families, and preschool programs for children with emotional and behavioural disorders.<sup>52</sup> This analysis of the three birth cohorts (1946, 1958, 1970) indicates that mental health disorders not treated in childhood or adolescence greatly affect life trajectories. The results demonstrate, among other things, that these individuals generally have a lower level of education than the population as a whole, have difficulty throughout life in finding and keeping a job, and are more likely to come into contact with the criminal justice system in adulthood.

Given the significant potential savings for the penal system and the reduction in the crime rate resulting from the early detection of mental health problems and the implementation of appropriate programs and treatment before adulthood, the Committee recommends:

### **RECOMMENDATION 2**

**That the federal government study the report entitled *Childhood Mental Health and Life Chances in Post-war Britain*. Insights from three national birth cohort studies and develop a national strategy, in collaboration with the Mental Health Commission of Canada and in keeping with provincial and territorial areas of jurisdiction, to deal appropriately with mental health problems experienced in childhood and adolescence, so as to reduce markedly the adult crime rate.**

#### **5.1.2. The Need for Greater Investment in Diversion Initiatives**

Like many countries, Canada cannot ignore the connection between mental illness, addictions and the criminal justice system because of the growing number of individuals with such disorders who enter the criminal justice system and end up in correctional institutions. That said, it is important to emphasize that most people with mental health disorders do not come into contact with the criminal justice system. Moreover, an individual with such a disorder who commits a crime does not always match the

---

52     Marcus Richards and Rosemary Abbot, *Childhood Mental Health and Life Chances in Post-War Britain. Insights from three national birth cohort studies*, 2009.

stereotypical image of a criminal. In some cases, offences are the direct result of mental illness or a need to satisfy a drug dependency. Studies have clearly shown that mental health problems that go untreated increase the risk of contact with the criminal justice system, and that offenders with serious mental health issues are more likely to be charged and to reoffend more quickly thereafter.

The Committee agrees with a number of witnesses that diversion from the standard justice process is a favourable approach in these cases because it promotes early intervention, and makes it possible to reduce the frequency of these individuals coming into conflict with the law. As such, diversion is a key factor in reducing the criminalization and imprisonment of people with mental health and addiction issues.

Diversion programs can take various forms and can be used at various points within the criminal justice system. Police officers, prosecutors and courts have been using diversion techniques for many years now. As the first point of contact between an offender and the criminal justice system, police officers can play a key role in efforts to intervene in such cases. They are well placed to act quickly and refer an individual to a hospital, a psychiatric facility or a community resource.

The Committee also notes that Lord Bradley's report stresses the need to implement and use diversion measures, and notes that strong partnerships are another key to success in creating pathways to treatment. It recommends, among other things, that police officers work closely with Crown prosecutors and court staff to share information with them, if applicable, on the offender's mental health and addiction issues.

The Committee agrees with Lord Bradley and many witnesses that diversion is a key component of a system that respects the right of individuals to receive the healthcare services they need. In order to detect mental disorders and addiction issues and intervene as early as possible, the Committee believes it is essential to train police officers, Crown prosecutors and other participants in the criminal justice system to recognize symptoms of mental health and addiction problems and refer individuals to the appropriate community and healthcare resources.

The Committee accordingly recommends:

### **RECOMMENDATION 3**

**That the federal government work with provinces and territories in order to ensure that police officers, Crown prosecutors and other key players in the criminal justice system be trained to recognize the symptoms of mental health problems, mental illness and drug and alcohol abuse so that they can direct offenders to the appropriate treatment services.**

The Committee realizes that some offenders will not satisfy the prerequisites for diversion, and must be remanded to a provincial correctional facility pending a court appearance. In such cases, these offenders should automatically undergo a psychiatric assessment to identify any mental disorders or addiction problems. Such an assessment

would provide court staff with information to conduct a full review of each case and ensure that the offender receives the appropriate treatment and services. Assessments of mental disorders, including addictions, followed by treatment, would also help to address the revolving-door syndrome we heard much about.

In light of these considerations, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 4**

**That the federal government work with the provinces and territories on early identification of mental health and addiction issues affecting offenders in remand, and secure access to treatment services for them in order to address conditions that are so often precursors to escalating crime and incarceration.**

##### **5.1.2.1 Drug Treatment and Mental Health Courts**

Specialized courts such as mental health and drug treatment courts have been operating in Canada for some time now.<sup>53</sup> The Committee supports the work of such courts, which emphasize a therapeutic approach to treating offenders with mental health or addiction issues. Within a judicial setting, offenders taking part in these programs are referred to the appropriate primary or specialized healthcare services.

Drug treatment courts strive to reduce substance abuse, crime and recidivism through the rehabilitation of the offender. These courts facilitate treatment by providing an intensive, court-monitored alternative to incarceration. To access such treatment, an offender must plead guilty to the charges against him. In order to secure community support, the multidisciplinary team responsible for the case ensures that the offender has safe housing and, where appropriate, is in stable employment, attending school or receiving vocational training. In return, the offender undertakes to appear regularly before a judge who reviews his or her progress, and imposes sanctions or rewards good behaviour, as appropriate.

Mental health courts are also designed to meet the manifold and complex needs of offenders appearing before them.<sup>54</sup> Witnesses told us that the success of such courts and of participating offenders depends on close cooperation with community partners. According to these witnesses, the multidisciplinary teams attached to these courts have special sensitivity to the fragility of their clients and the stigma all too many of them face.

---

53 Canada currently has six drug courts receiving federal government funding: Toronto (December 1998), Vancouver (December 2001), Edmonton (December 2005), Winnipeg (January 2006), Ottawa (March 2006) and Regina (October 2006). There are other such courts not funded federally: for example, the drug court in Calgary is funded by the City of Calgary.

54 Mental health courts have been established in Ottawa, Montreal and Toronto.



The Committee is concerned about what appears to be an insufficient use of mental health courts and its impact on the provincial and federal correctional systems. Offenders suffering from mental health problems serve a greater part of their sentences in institutions than those who are not mentally ill but were convicted for the same offence. As was explained to the Committee, this can be due to a variety of reasons. For example, offenders suffering from a mental illness often have difficulty adapting to the prison environment, thereby increasing the risk of inappropriate or violent behaviours. Additional time in prison can therefore lead to more time spent in segregation, increase the cost related to the use of expensive psychiatric medicine, the risk of altercations with correctional officers, and suicide.

The Committee was disappointed to learn that a lack of funds is hampering the establishment of drug treatment and mental health courts across the country, and believes that the use of specialized courts should be increased and that sufficient funding be provided in order to ensure that offenders with drug addiction and mental health issues receive the appropriate treatment at the right time. The Committee accordingly recommends:

## **RECOMMENDATION 5**

**That the federal government support the creation and funding of more drug treatment courts to divert offenders with addictions to treatment centres and mental health courts to divert those with mental health needs to appropriate services.**

The Committee heard repeatedly that drug and alcohol addiction frequently coexists with mental health disorders within the inmate population, and that successive or parallel services are ineffective in treating concurrent disorders.<sup>55</sup> Best practices in the field reveal that it is better to treat such disorders simultaneously. While the Committee did not hear evidence about community courts, it believes their approach, offering simultaneous treatment of mental health and addiction disorders, could prove useful in treating those suffering from concurrent disorders.

Community courts, like those in British Columbia and the United Kingdom, are based on the US model of community justice, which seeks to develop partnerships within the community and address the factors underlying criminal behaviour. For example, these courts deal with homelessness, mental health and drug and alcohol dependency. They provide for options similar to those of drug treatment and mental health courts with respect to, among other things, the requirement that the offender appears periodically before the judge in order to improve the likelihood of rehabilitation.

---

55 James Livingston, *Evidence*, October 29, 2009.



In light of these considerations, the Committee recommends:

## **RECOMMENDATION 6**

**That the federal government support the creation and funding of more community courts to divert offenders with concurrent mental health and addiction issues to appropriate health facilities.**

### **5.2 RECOGNITION OF THE ADVANTAGES OF PARTNERSHIPS IN THE DELIVERY OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION SERVICES WITHIN THE CORRECTIONAL SYSTEM**

Many witnesses felt that without developing partnerships, CSC cannot alone handle the challenge of managing offenders with mental health or addiction issues. Such partnerships could include provincial and territorial administrations responsible for health and social services, community health resources and non-governmental organizations that can provide support for offenders and help them resolve their social and financial problems by, for example, finding them suitable housing and stable employment.

In Canada and abroad, the Committee observed promising practices in treatment and support for offenders with mental health and addiction issues both within institutions and in the community. The next section canvasses the various partnership models that were brought to the Committee's attention during its study. It also contains related recommendations to improve the quality of healthcare services and support provided to federal inmates with mental health and addiction issues.

#### **5.2.1. Healthcare Service Delivery Models in Norway, England and Wales**

In most countries, including Canada, the delivery of healthcare services in prison is the responsibility of the correctional administration, rather than the health administration. In recent years, however, there has been a trend towards transferring the responsibility to health administrations. Norway, Australia, France and, more recently, England and Wales have adopted this approach.

##### **5.2.1.1 The Norwegian Approach**

Since 1988, healthcare services within the correctional system in Norway have been the responsibility of the Ministry of Health and Social Welfare, rather than the Ministry of Justice. Healthcare services for offenders are thus independent of the administrative and economic control of the correctional administration.

In 1994, the Norwegian government gave municipalities responsibility for delivering primary health care in prisons, hiring medical staff (nurses, doctors, physiotherapists) and referring cases requiring specialized care. As a rule, reimbursement for these services

comes from government subsidies.<sup>56</sup> Since 2002, specialized health care in Norwegian prisons has been the responsibility of regional health administrations.

In Norway, offenders with serious mental illness are cared for not in prison, but in psychiatric hospitals run by the regional health administrations. Only offenders with less serious mental conditions are treated in prison by healthcare professionals from the municipality in which they are detained.

Municipal health administrations contract with local psychiatric hospitals and clinics for the delivery of appropriate health care. Under these contracts, the clinic or hospital provides specialized health services to offenders for which the municipality is responsible; the clinic or hospital assigns a psychiatric nurse, a psychologist or a psychiatrist to the prison.

That said, according to witnesses heard from in Norway, the system is not perfect. Municipal administrations are not always successful in securing the regular attendance of psychiatric staff in the prisons; in many cases, offenders who receive specialized treatment in psychiatric hospitals or clinics are returned to prison too soon. As a result, their mental health problems quickly resurface. Some experts feel that, in order to avoid this vicious circle, municipal administrations should develop additional contracts with hospitals and clinics that are able to handle offenders requiring specialized care.

Lastly, witnesses we spoke with in Oslo emphasized that Norwegian inmates have the same rights to healthcare services as the rest of the population (services are based on the principle of equivalence). Moreover, offenders have the legal right to free private health care if they do not receive appropriate and timely healthcare services within the correctional system. It is therefore in the interests of the Norwegian public administrations that in these cases have to pay for private health services to ensure that offenders receive the services they require in a timely manner.

### **5.2.1.2 England and Wales**

Since April 2006, the National Health Service (NHS), which is responsible for providing health services to all British citizens, has had complete responsibility for the provision of healthcare services in prisons in England and Wales. The granting of this responsibility was motivated by the government's desire to improve care within the correctional system and to emphasize that inmates, as an integral part of the community, should have access to healthcare services equivalent to those provided to all other British citizens.

The reform process began in 2000 with the transfer from the ministries of Justice to the Ministry of Health the responsibility for developing public policy on health care in the

---

<sup>56</sup> Document provided to the Committee, Anne-Grete Kvangig, Health Branch, *The treatment of offenders with mental health problems*, November 23, 2009.

prisons. It followed the publication of numerous reports highlighting significant shortcomings in the delivery of healthcare services in prisons in England and Wales.

According to evidence gathered in England, the transfer of responsibility to the NHS has led to an improvement in the quality of care provided to inmates. Moreover, it has done much to facilitate the recruitment of healthcare professionals—including psychiatric nurses—within the correctional system.

According to the Director of Offender Health, Richard Bradshaw, the reform has also facilitated the transfer to psychiatric hospitals of inmates requiring specialized care. He also said that the prison and health authorities are working closely together to create healthcare wings and mental health centres with high security components in order to avoid managing mental health cases in prison.

#### **5.2.1.3 Benefits of Transferring Responsibility for Healthcare Services within the Correctional System to Provincial Health Authorities**

The approaches taken in Norway, England and Wales differ in detail, but they do offer some advantages with respect to access to high-quality care within the correctional system, and continuity of care for offenders in the community.

More specifically, the Committee heard that transferring responsibility for health care in the correctional system to health administrations:

- 1) **Highlights the principle that inmates should enjoy a level of care equivalent to what is available in the community.** According to some witnesses, the transfer confirms that inmates are full citizens: they should therefore have the same opportunities for access to health care as the general population. This approach is obviously beneficial not only for inmates, but also for prison staff and for society as a whole, since most inmates rejoin the community at some point.
- 2) **Integrates training and research in the correctional setting with normal practice.** Some witnesses we met with in England and Norway told us that the transfer makes it possible to more readily integrate inmate health with broader public health issues. In England, the training provided to health professionals and recent health promotion initiatives reflect this important change. These initiatives recognize the importance of using the time in detention to promote inmate health and thus the health of the population in general.
- 3) **Prevents the isolation of health professionals.** The health professionals we met in Norway and England all told us that belonging to a health administration rather than a correctional administration contributed to their feeling of belonging to the health network, and thus prevented professional isolation. For example, a witness we spoke with in England maintained that working in prison was once regarded as a form of



professional isolation; it is now perceived as part of an exciting multidisciplinary approach that offers numerous opportunities for development.

- 4) **Solves the correctional system's difficulties in recruiting health professionals.** In addition to offering competitive salaries to health professionals working in the correctional system, Norway, England and Wales have taken an approach that makes the prison environment more interesting for health professionals. According to witnesses we spoke with, since health professionals report to the administration that is also responsible for the health of all citizens, they can readily combine working in the prisons with working in hospitals and in the community. A health professional who agrees to work within the correctional system is thus not confined to that system, and can easily transfer to a hospital or community setting if he or she chooses.
- 5) **Contributes to more integrated delivery of health care services in the institutional and community settings.** In the opinion of many witnesses, integrating the care provided in the closed environment of a prison and in the open environment of a community facility makes it much easier to provide a continuum of care for offenders, particularly after their release into the community. Moreover, transferring inmates to hospitals or specialized clinics is much easier, since the administrations responsible for health care in prison are also responsible for health care in the community. In a system like Canada's, continuity of care becomes more difficult, particularly because of the sharing of responsibilities for health among the federal, provincial and territorial governments, and the isolation of the mental health professionals employed by CSC.
- 6) **Clearly establishes the role of health professionals within the correctional system.** Many witnesses acknowledged that it can be difficult for health professionals employed by a correctional administration to give priority to rehabilitation and treatment objectives, as opposed to disciplinary objectives. According to these witnesses, the strategy adopted in Norway and England has the advantage of favouring a therapeutic approach in the correctional setting, which is better suited to the treatment of mental disorders and addictions. In Canada, CSC must contribute to protecting public safety by taking an approach that balances assistance to and control of offenders, in accordance with section 3 of the CCRA. In practice, health professionals can find it difficult to reconcile helping and controlling offenders in an environment that calls for multiple security factors to be considered. According to the Correctional Investigator, CSC psychologists "are primarily engaged in risk assessment as opposed to treatment and rehabilitation."<sup>57</sup> This leads him to conclude that the



challenge facing CSC in relation to the shortage of human resources for delivering mental health care “is one of focus and priority as much as it is one of numbers.”<sup>58</sup>

The Committee acknowledges that the adoption of a system similar to the one in Norway or England and Wales presents specific governance challenges in Canada because health care responsibilities are shared among the federal, provincial and territorial governments. We nevertheless believe that transferring responsibility for the delivery of health care within the correctional system to the provincial and territorial health administrations offers significant advantages, and deserves the attention of all levels of government in this country. The Committee therefore recommends:

## **RECOMMENDATION 7**

**That the federal government initiate discussions with provincial and territorial governments with a view to establishing partnerships and service agreements with hospitals for the delivery of health care services so that federal inmates have the same access to health care as other Canadians. Such partnerships would also provide continuity of mental health care when inmates are released into the community.**

### **5.2.2 Strengthening the Capacity of Correctional Service Canada to Meet the Needs of Federal Inmates by Developing Partnerships as an Interim Measure**

The Committee realizes that transferring responsibility for health care within the federal correctional system may take time. To strengthen its capacity to meet the needs of federal inmates and ensure that they can return to the community as law-abiding citizens, the Committee believes that as an interim measure, CSC should work to develop partnerships with hospitals and mental health services in the community. In addition to improving the quality of care, this approach would favour continuity of care for inmates following their release in the community.

#### **5.2.2.1 The Need to Develop Agreements with Provincial and Territorial Health Authorities under which Inmates with Serious Mental Health Disorders would be Treated in Psychiatric Hospitals, rather than in Conventional Correctional Institutions**

“A correctional facility is by definition a restrictive, coercive environment”<sup>59</sup> that affects the mental health of those detained. According to the evidence we heard, the prison setting can generate or exacerbate psychiatric disorders because of the stress associated with loss of freedom, restrictions on private space and contacts with friends and family, and the violence generally characteristic of prisons. On the latter point, studies

---

58 Ibid.

59 Government of Canada, *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada*, 2006.

clearly show that the prison environment generates competition for scarce resources, develops relationships of dominance and submission, and compels individuals to associate with others whose behaviour may be unpredictable.

For all of these reasons, the correctional environment often constitutes an obstacle to therapy; by contrast, the health care environment is much better suited to treating people in crisis who have serious mental illnesses.

To improve its capacity to meet the psychiatric needs of offenders in its charge, CSC has set up RTCs. While these do offer a more appropriate environment for treating people with a serious mental illness, they cannot meet the demand.

In its Quebec Region, CSC can also rely on an agreement with the Institut Philippe-Pinel (Pinel) in Montreal. Federal inmates requiring specific psychiatric care may thus be treated by health professionals associated with Pinel who visit them in detention, or while hospitalized following a transfer. Under this agreement, CSC has reportedly improved the quality of psychiatric care provided to inmates with serious mental illnesses. The agreement benefits the inmate, CSC and society in general. In the Committee's opinion, it should serve as an example for more such partnership agreements.

Lastly, agreements also currently exist in Nova Scotia between correctional services and the provincial health administration for the delivery of health care to inmates sentenced to less than two years' imprisonment. Apparently, these agreements have done much to improve health care in these correctional settings.

In light of all these considerations, the Committee recommends:

## **RECOMMENDATION 8**

**That Correctional Service Canada establish agreements with provincial psychiatric hospitals—that have suitable facilities to accommodate offenders without compromising public safety—to transfer some offenders who are posing a threat to themselves or others and who cannot be treated at regional treatment centres, along with financial compensation. These agreements should also allow correctional staff to be assigned to the facilities during a transfer in order to ensure public safety.**

### **5.2.2.2 The Need to Develop Agreements with Provincial and Territorial Authorities and Community Organizations to Correct Shortcomings in Continuity of Care**

Despite its efforts and accomplishments, CSC still experiences significant difficulties in terms of ensuring continuity between services provided within the correctional system and provincial services. This constitutes a major obstacle to the successful reintegration of offenders into the general population.

The Committee agrees with a number of witnesses it heard from that the development of partnerships with provincial health and social services authorities, and community organizations that can provide support to offenders, would likely improve the continuum of care for offenders with drug addictions and mental illnesses. It would also promote the resettlement of these inmates. According to Brenda Tole, retired warden, Alouette Correctional Centre, government and non-government organizations are generally very enthusiastic about creating partnerships with correctional services. Appearing before the Committee, Ms Tole noted:

Our experience is that a lot of those organizations, ministries, or other government agencies are quite willing to partner. They see the population as part of their community and they are quite willing to engage and do that. It's just that correction tends to be an entity upon itself and sticks to itself and is quite closed.<sup>60</sup>

She maintained that such partnerships benefit the correctional services, inmates and society as a whole, because they facilitate the successful reintegration of offenders into the community. She also noted that partnerships are useful not only in the health field, but also in education, job readiness and vocational training.<sup>61</sup>

To strengthen CSC's capacity with respect to continuity of care, while contributing to public safety and the resettlement of offenders in its charge, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 9**

**That the federal government develop coordination of services between Correctional Service Canada and provincial and territorial health authorities to provide a continuum of care through warrant expiry.**

#### **RECOMMENDATION 10**

**That Correctional Service Canada explore and arrange community partnerships for training federal offenders (through Habitat for Humanity, for example).**

### **5.3 THE NEED TO BETTER RESPOND TO THE SITUATION OF ABORIGINAL OFFENDERS**

In 1996, the Royal Commission on Aboriginal Peoples described the special situation of Aboriginal peoples in Canada. The growing overrepresentation of Aboriginal offenders in Canada's penitentiaries supports the Commission's view that the justice system does not adequately respond to their particular needs. As the following data show, the situation of Aboriginal people remains critical.

---

60 *Evidence*, March 16, 2010.

61 Brenda Tole, Retired Warden of Alouette correctional Centre for Women, *Evidence*, March 16, 2010.



- The incarceration rate for Aboriginal people increased from 815 per 100,000 in 2001/02 to 983 per 100,000 in 2005/06;<sup>62</sup>
- At the end of March 2009, Aboriginal people comprised 17.3% of federally sentenced offenders, compared with 2.7% of Canada's adult population;<sup>63</sup>
- One federal offender in five is of Aboriginal origin.<sup>64</sup>

The plight of female Aboriginal offenders is even more alarming:

- They represent 31.4% of the female inmate population;<sup>65</sup>
- The number of Aboriginal women in detention has been rising steadily over the last ten years. From 1999-2000 to 2008-2009, it increased from 84 to 157, or 86.9%.<sup>66</sup>

The circumstances of the care and treatment of Aboriginal offenders are both complex and multidimensional, presenting a substantial challenge for CSC. For example, Aboriginal offenders:

- Have a higher rate of recidivism than other offenders;<sup>67</sup>
- Are often overrepresented among offenders in segregation;<sup>68</sup>
- Have a much higher incidence of mental disorders and addiction issues than non-Aboriginal offenders;<sup>69</sup>
- Are younger upon admission into custody than non-Aboriginal offenders;<sup>70</sup>
- Serve more of their sentences in the institution before initial release, as compared with other offenders;<sup>71</sup>

---

62 *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2008-2009*, June 29, 2009.

63 Correctional Service Canada, *Aboriginal Corrections, Quick Facts*, January 2010.

64 *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2008-2009*, June 29, 2009.

65 Public Safety Canada, *Corrections and Conditional Release Statistical Overview*, Public Safety Canada Portfolio Corrections Statistics Committee, December 2009.

66 Ibid.

67 *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2008-2009*, June 29, 2009.

68 Ibid.

69 Michelle M. Mann, *Good Intentions, Disappointing Results: A Progress Report on Federal Aboriginal Corrections*, Office of the Correctional Investigator, October 11, 2009.

70 Public Safety Canada, *Corrections and Conditional Release Statistical Overview*, Public Safety Canada Portfolio Corrections Statistics Committee, December 2009.

71 *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2008-2009*, June 29, 2009.



- Are more inclined to have gang affiliations;<sup>72</sup> and
- Have more health problems, including FASD and PTS syndrome.<sup>73</sup>

A number of systemic and contextual factors are also causal in terms of offences committed by Aboriginals: placement in residential facilities, the intergenerational cycle of violence, unemployment, low education levels, poverty, low pay and poor housing.<sup>74</sup>

### 5.3.1 Correctional Service Canada's Commitment to Aboriginal Offenders

Under sections 79 to 84.1 of the CCRA, CSC is required to respect the cultural differences and specific needs of Aboriginal offenders in the discharge of its mandate, and more specifically in the delivery of services and programs. Commissioner's Directive (CD) 702, issued in 1995<sup>75</sup> and revised in 2008<sup>76</sup>, also sets out procedures for the rehabilitation and reintegration of Aboriginal offenders through effective casework. Under CD 702, CSC undertakes to adopt a holistic approach towards Aboriginal offenders in order to promote understanding of traditional Aboriginal spirituality. This approach also encourages cultural dances and ceremonies and the consumption of traditional and country foods.<sup>77</sup>

To address the numerous challenges related to Aboriginals within the federal correctional system, CSC has developed the following initiatives:

- Strategic Plan for Aboriginal Corrections 2006-2011 (approved in 2006);<sup>78</sup>
- Strategy for Aboriginal Corrections Accountability Framework (implemented in 2009-2010);<sup>79</sup>
- Template for Results Reporting and Monitoring.<sup>80</sup>

72 Michelle M. Mann, *Good Intentions, Disappointing Results: A Progress Report on Federal Aboriginal Corrections*, Office of the Correctional Investigator, October 11, 2009.

73 Marc-Arthur Hyppolite, CSC Senior Deputy Commissioner, *Evidence*, November 5, 2009 and Michelle M. Mann, *Good Intentions, Disappointing Results: A Progress Report on Federal Aboriginal Corrections*, Office of the Correctional Investigator, October 11, 2009.

74 Ibid.

75 Correctional Service Canada, *Aboriginal Corrections, Quick Facts*, January 2010.

76 Michelle M. Mann, *Good Intentions, Disappointing Results: A Progress Report on Federal Aboriginal Corrections*, Office of the Correctional Investigator, October 11, 2009.

77 According to CSC Commissioner's Directive no 702, traditional foods are authorized in federal correctional institutions provided they are used in connection with a celebration or ceremony. Country food (all harvested wildlife, composed primarily of seal, whale, caribou and arctic char) is also allowed and is to be provided at least monthly to Inuit, as a dietary requirement.

78 Correctional Service Canada, *Aboriginal Corrections, Quick Facts*, January 2010.

79 Correctional Service Canada, *Response from the Correctional Service of Canada to the 36th Annual Report of the Office of the Correctional Investigator*, 2 November 2009.

80 Ibid.

Although more than four years have elapsed since the approval of the Strategic Plan for Aboriginal Corrections, the gap continues to widen between program and casework results for Aboriginal offenders and other offenders. The OCI remains dissatisfied with CSC's efforts. It maintains that "previous good intentions reflected in CSC policies and strategies have been inadequately operationalized, leading to disappointing results."<sup>81</sup> In his 2008-2009 Annual Report, Howard Sapers notes:

Over the years, my Office has made a series of findings and recommendations to challenge the Service's thinking and its resolve to make significant and sustainable progress in the area of Aboriginal corrections. Many of our recommendations have yet to be fully implemented. As a consequence, the gap between Aboriginal and non-Aboriginal offenders continues to widen, the situation for Aboriginal people under federal sentence deteriorates, and the Service revises and updates frameworks and strategies without apparent results.<sup>82</sup>

### **5.3.2 The Need to Improve Correctional Service Canada's Capacity to Work Effectively with Aboriginal Offenders**

The steady gap between outcomes for Aboriginal and non-Aboriginal offenders raises serious questions about CSC's ability to take responsibility for the former.<sup>83</sup> Like a number of witnesses, the Committee believes the situation is not only critical, but is demanding of urgent attention. This situation is all the more critical because the inmate population is likely to increase with the passage of federal legislation designed to create more severity in sentencing. To increase CSC's capacity to respond to the needs of Aboriginal offenders, the Correctional Investigator has long been proposing a change in its governance structure. He has urged the Minister of Public Safety to direct CSC to appoint a deputy commissioner for Aboriginal corrections in order to pay special, targeted attention to Aboriginal offenders. The Minister has yet to accept this suggestion. The Committee believes this recommendation should be implemented, together with all those made by the Correctional Investigator in his 2008-2009 annual report. The matter is further addressed in section 5.15 of this report.

The Committee is also concerned that existing CSC programs for treating mental disorders and addiction issues constitute an inadequate response to the cultural and spiritual needs of Aboriginal offenders. The Committee accordingly encourages CSC to review its current programming with a view to incorporating a more traditional and religious component for these offenders. In the Committee's view, attaching increased importance to the Aboriginal context in existing programs could make them more effective in reaching Aboriginal offenders. Lastly, the Committee hopes that CSC will take the opportunity to implement more programs for Aboriginal people in order to assist in their recovery.

---

81 Michelle M. Mann, *Good Intentions, Disappointing Results: A Progress Report on Federal Aboriginal Corrections*, Office of the Correctional Investigator, October 11, 2009.

82 *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2008-2009*, June 29, 2009.

83 Howard Sapers, *Evidence*, 2 June 2009.

During the visit to the Okimaw Ohci Healing Lodge, a good many witnesses drew the Committee's attention to the crucial role of elders and spiritual advisers in the success of programs for Aboriginal offenders. They encourage offenders to repair broken links with their culture, their families and their communities. The Committee hopes CSC will make greater use of the services of elders, and invite Aboriginal communities to participate in the development and delivery of programs for Aboriginal offenders.

The Committee accordingly recommends:

#### **RECOMMENDATION 11**

**That Correctional Services Canada (CSC) review its current mental health and addictions programming to ensure that it meets the cultural and religious needs of Aboriginal offenders, who make up a disproportionate percentage of the Canadian inmate population, and a disproportionate percentage of inmates facing mental health and addiction issues; that CSC implement, together with local Aboriginal communities, more mental health and addiction programs addressing the specific needs of Aboriginal offenders. In addition to contributing to the development of these programs, local Aboriginal communities should also contribute to the delivery of these programs to ensure maximum success.**

While the Committee is aware that CD 702 allows cultural ceremonies, like sweat lodge ceremonies, it maintains nevertheless that CSC should increase the use of such healing methods. The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 12**

**That Correctional Service Canada expand the use of sweat lodges and other Aboriginal healing methods and refrain from using denial of same as a disciplinary measure.**

Lastly, although the Committee realizes that traditional and country food<sup>84</sup> is sometimes permitted in institutions, it maintains that CSC should encourage this practice. The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 13**

**That Correctional Service Canada encourage healthy dietary practices for all offenders and where practical consider diet options for Aboriginal offenders including traditional and country food.**

---

84 The definition of traditional and country foods is provided in footnote 77.



### **5.3.3 Correctional Service Canada's Obligation to Work with Aboriginal Communities (ss. 81 and 84, CCRA)**

Under section 81 of the CCRA, the Minister of Public Safety may enter into an agreement with an Aboriginal community for the provision of correctional services to Aboriginal offenders, and for payment of the cost of such services.

A number of witnesses consulted during our study stressed the importance of participation by Aboriginal communities in the correctional process. According to them, the reintegration of Aboriginal offenders is possible only if Aboriginal communities take an active part in CSC initiatives.

Since the healing lodges authorized under section 81 of the CCRA promote a traditional holistic approach to service delivery, the Committee is disappointed that 18 years after the coming into force of this section of the Act, there are only four independent Aboriginal healing lodges in Canada. It is all the more alarming to note that there are no healing lodges for Aboriginal offenders operated by Aboriginal communities. The Committee finds it difficult to understand why CSC has been so slow to act in this regard, and hopes that the \$33 million capital outlay for Aboriginal corrections in 2009-2010 will lead to the establishment of new healing lodges.<sup>85</sup>

Section 84 of the CCRA also requires CSC to involve Aboriginal communities in planning for the release of inmates to such communities. The Committee is disappointed in the fact that more frequent use is not being made of section 84 to have Aboriginal communities take part in the parole process.

Like many of its witnesses, the Committee is convinced that transferring responsibility to Aboriginal communities will likely contribute to the recovery and well-being of Aboriginal offenders with mental health disorders and addiction problems. According to Ms. Tole, "You can't get much worse than what we're doing. In terms of managing that population, we really can't."<sup>86</sup>

In light of these considerations, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 14**

**That Correctional Service Canada make greater use of agreements concluded with Aboriginal communities under sections 81 and 84 of the *Corrections and Conditional Release Act*, and establish the required capacity.**

---

85 Marc-Arthur Hyppolite, *Evidence*, November 5, 2009.

86 *Evidence*, March 16, 2010.



#### **5.4 THE NEED TO IMPROVE CORRECTIONAL SERVICE CANADA'S CAPACITY TO MEET OFFENDERS' HEALTHCARE NEEDS**

Much can be learned from the Aboriginal approach to health. In accordance with this holistic approach, mental health is an integral part of a person's physical, emotional and spiritual well-being. Thus, investment in the general health of all inmates would help improve their mental health and overall well-being. It is also essential to realize that the health of inmates is an important public health issue: most will return to the community at some point, and correctional staff move back and forth between the institution and the community.

The Committee also believes, in accordance with international law, that inmates, as human beings, are entitled to enjoy the best possible state of health.<sup>87</sup> It should be noted that the sanction of imprisonment is deprivation of freedom, and not the loss of fundamental human rights.<sup>88</sup> The Committee therefore recommends:

##### **RECOMMENDATION 15**

**That Correctional Service Canada ensure that offenders have the same medical care as citizens generally.**

##### **RECOMMENDATION 16**

**That Correctional Service Canada ensure that access to medical care is provided to offenders in a timely manner.**

##### **RECOMMENDATION 17**

**That Correctional Service Canada work towards a psychologist/patient ratio of no more than 1:35 at all federal institutions.**

##### **RECOMMENDATION 18**

**That Correctional Service Canada add substance abuse counsellors at every federal institution.**

##### **RECOMMENDATION 19**

**That Correctional Service Canada add psychiatric nurses and nurses at every federal institution.**

##### **RECOMMENDATION 20**

**That Correctional Service Canada ensure timely access to dental care at every federal institution.**

---

87 Lars F. Moller, Brenda J. van den Bergh, Alex Gatherer, Health in Prisons Project, World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe, "L'usage de drogues en prison : une grave menace pour la santé publique," in *Dépendances*, September 2008, No. 35.

88 Ibid.

#### **RECOMMENDATION 21**

**That Correctional Service Canada place a renewed focus on individualized treatment for all offenders with diagnosed mental health conditions, including addiction issues.**

#### **RECOMMENDATION 22**

**That Correctional Service Canada work towards ensuring that adequate one-on-one counselling services are commenced forthwith upon diagnosis, and delivered in a timely fashion and in sufficient weekly amounts as prescribed by the treating psychologist or counsellor.**

#### **RECOMMENDATION 23**

**That the federal government require offenders who have assaulted staff members or other offenders with biological substances to undergo, in the interest of the health and safety of those assaulted, all the necessary tests to diagnose the presence of any infectious diseases.**

### **5.5 IMPLEMENTATION OF THE CORRECTIONAL SERVICE OF CANADA'S MENTAL HEALTH STRATEGY**

According to the Correctional Investigator, CSC has, since 2004, been slow to implement all components of its mental health strategy, and the delivery of mental health care has not changed significantly since that date. Like most witnesses, the Committee supports all the objectives of the strategy, and believes that implementing it in full would enable CSC to respond appropriately to the needs of federal offenders in its institutions and in the community. The Committee believes that action by CSC in this regard is critical, and therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 24**

**That the federal government invest additional resources for the full implementation of the Correctional Service of Canada's mental health strategy.**

#### ***Objective 1 Mental health screening and assessment of offenders upon admission***

This objective is fulfilled by CSC's Institutional Mental Health Initiative (IMHI). The IMHI was given temporary funding of about \$21 million in Budget 2007, and permanent funding of some \$16 million in Budget 2008. It has only very recently been implemented, however, and the Committee is concerned that screening and assessment upon admission may still be inadequate. Evidence given to the Committee while touring the correctional institutions confirmed that full psychological screening, when needed, is not taking place for all offenders upon admission into custody. Testimony by

James Livingston, indicates that published standards and directives unanimously support systemic assessment and screening for mental health problems.<sup>89</sup>

Given the importance of screening for mental disorders upon admission to an institution, the Committee believes CSC should give priority to Objective 1. By doing so, it will thus be in a better position to correct the numerous shortcomings in the delivery of mental health services, and improve the quality of care. The Committee therefore recommends:

## **RECOMMENDATION 25**

**That Correctional Service Canada (CSC) make mental health screening upon admission a priority and that the federal government continue to fund this component of the mental health strategy. CSC should also require a full psychological assessment of an offender if recommended by a health care professional after the aforementioned screening.**

### ***Objective 2 Primary mental health care in all institutions, including counselling, support, treatment and maintenance***

This is also an IMHI objective; it was funded in Budget 2008, and has been given the same permanent funding as objective 1. Its goal is to promote and maintain good mental health for all offenders, using a multidisciplinary approach. Mental health guidelines pursuant to this objective were distributed to all staff on December 21, 2009 in an effort to prevent suicide attempts, provide timely care and help offenders deal with mental illness in the correctional environment. The Committee wishes to emphasize that it supports CSC's efforts in achieving this objective.

### ***Objective 3 The development of intermediate mental health care units for offenders suffering from mental health disorders that require mental health care within the institutions***

The Committee finds it difficult to understand why this third objective has yet to be funded. In the absence of the resources needed to develop intermediate mental health care units, CSC is unable to meet its obligation to provide offenders with adequate mental health care. Moreover, numerous witnesses decried the lack of intermediate mental health care within the federal correctional system.

The Committee is concerned about the plight of inmates who receive no care, or limited care, because CSC must concentrate its mental health resources on inmates suffering from more serious or chronic mental illness. Such cases demonstrate the importance and urgency of developing intermediate units for inmates who do not meet the criteria for admission to an RTC. The intermediate units could also assist CSC by

---

89 James Livingston, *Evidence*, October 29, 2009.



providing a safe transition for inmates who have to go back to the institution after spending time in an RTC.

Given these findings, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 26**

**That Correctional Service Canada establish and fund intermediate mental health services and intermediate care units, depending on offenders' needs in each correctional facility, in order to care properly for offenders with mental health problems who do not meet the admission criteria of regional treatment centres and in order to provide care for offenders transferred from a regional psychiatric centre; and so that offenders do not feel compelled to enter voluntary administrative segregation to protect themselves from other offenders.**

Lastly, during its visit to Whitemoor, in the United Kingdom, the Committee toured a unit for offenders with personality disorders. All the caseworkers we met were encouraged by the progress of the offenders receiving care in this specialized unit, which takes a multidisciplinary approach to this type of mental illness. While some witnesses mentioned the high operating costs of the program and found that it was still too early to assess its overall effectiveness, the Committee believes it would be useful to establish such a unit in Canada to treat offenders with such disorders. Accordingly the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 27**

**That Correctional Service Canada implement innovative, multidisciplinary units for personality disordered individuals, based on the Whitemoor, U.K., model.**

#### ***Objective 4 Enhance Correctional Service Canada's regional treatment centres***

This objective seeks to improve the services provided in CSC RTCs so that they are of the same calibre as those provided in forensic psychiatric hospitals in the community. While this objective is as important as the others, funding for it in Budget 2007 was limited. The Committee supports this objective as being consistent with the right of offenders to attain the best possible state of health. In the hope that this objective will receive permanent funding, the Committee encourages CSC to pursue the efforts made so far to secure the accreditation of its RTCs, to ensure professional development of its staff and to maintain newly signed contracts with psychiatrists.

#### ***Objective 5 Enrichment of mental health support in the community***

This objective of CSC's mental health strategy seeks to ensure continuity of care for offenders, with no interruption, from the institution into the community. It is pursued by CSC by means of the Community Mental Health Initiative (CMHI), which seeks to ensure the establishment of new positions for mental health professionals in 16 such facilities, the provision of specialized services for offenders in the community through mental health consultancies, and mental health training sessions for front-line staff. Five-year funding for



this initiative was included in Budget 2005, but ended in March 2010. CSC is still trying to obtain permanent funding for this objective, believing that if the government is slow to provide funding, the result will be:

- Significant staff retention challenges, since approximately 50 employees are funded through the CMHI budget,<sup>90</sup>
- Reduced capacity in the community, which would take time to rebuild, given the need to establish new contracts and hire new staff,<sup>91</sup>
- Reduced services for high risk and high needs offenders in the community.<sup>92</sup>

The Committee encourages the government to provide permanent funding for the initiative at the earliest possible date, in order to avert the risks listed above.

Moreover, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 28**

**That Correctional Service Canada cover the cost of all medication prescribed to treat mental illness of offenders on conditional release in the community through warrant expiry.**

#### ***Objective 6 Provision of mental health training for all mental health professionals and correctional staff***

This objective relates to CSC efforts to establish a program to train staff and mental health professionals to recognize the symptoms of mental illness, and provide effective and timely care. Although over 1,600 CSC employees and community partners were trained in 2008-2009, the Service must persevere in efforts to train all its employees.<sup>93</sup> The Committee wants to encourage CSC to continue its training efforts in order to strengthen its capacity to meet the needs of offenders with mental health disorders.

#### **5.6 AN APPROACH TO DEAL WITH DRUGS IN PRISON THAT PUTS TOO MUCH EMPHASIS ON CONTROL, AS OPPOSED TO TREATMENT OF ADDICTIONS**

The CSC drug strategy emphasizes three key elements: prevention, treatment and care, and control. According to CSC, the strategy seeks to cut supply and demand by preventing the entry of illicit drugs into its institutions, preventing drug use, and providing

---

90 Correctional Service Canada, *Community Mental Health Initiative*, no date. (Documentation provided to the Committee by CSC in October 2009).

91 Ibid.

92 Ibid.

93 Correctional Service Canada, *Continuum of Care Model—Summary of Mental Health Services and Outcomes*, October 2009.

substance abuse programs for inmates. The strategy also seeks to create a safe environment for staff and inmates. On August 29, 2008, the Minister of Public Safety announced an expenditure of \$122 million over five years to support CSC efforts in this area.

CSC maintains that the purpose of the strategy is to encourage inmate rehabilitation by implementing substance abuse programs. However, Ivan Zinger, Executive Director and General Counsel, OCl, informed the Committee that the funding approved for this strategy was all directed towards drug control efforts—teams of drug detector dogs, intelligence activities, ion scanners and x-ray machines—to the detriment of substance abuse programs and harm reduction initiatives.<sup>94</sup> The Committee would like CSC to take an approach that balances control, rehabilitation and prevention in combating drug use. Moreover, according to Sandra Ka Hon Chu of the Canadian HIV/AIDS Legal Network, CSC's desire to eliminate all drugs from its institutions is praiseworthy, but unrealistic.<sup>95</sup> The Committee also noted in Norway and England that drugs are a sad reality in the correctional environment.

According to Ms. Ka Hon Chu, the CSC's approach is harmful to inmate health, public health and the implementation of initiatives to reduce the problems caused by drugs.<sup>96</sup> In her opinion, CSC should establish a needle exchange program in all federal correctional institutions. She considers this program to be more effective in reducing the transmission of infectious diseases than the methods currently used by CSC, that is providing bleach to inmates for disinfecting needles and methadone treatment. She also urged the Committee to recognize that relapse is almost inevitable in prison and that, when relapse occurs, offenders are more likely to share contraband syringes, increasing the risk of contracting and spreading blood-borne diseases.

Dr. Peter Ford also points out that the spread of blood-borne diseases in correctional facilities has very serious public health consequences, because offenders are at some point released and could spread their diseases into the community.<sup>97</sup> He added that "[t]he long-term health costs of this are very considerable. It costs about \$20,000 to treat somebody with hepatitis C" and that "[c]orrections is going to find itself looking after people with terminal liver failure, and this is a very expensive prospect."<sup>98</sup>

In light of these considerations, the Committee recommends:

---

94 Ivan Zinger, *Evidence*, June 2, 2009.

95 Sandra Ka Hon Chu, Senior Policy Analyst, Canadian HIV/AIDS Legal Network, in her brief "Do the Right Thing": An evidence-based response to addiction and mental health in federal prisons" to the Committee, October 2009.

96 Ibid.

97 Dr. Peter Ford, Physician, *Evidence*, November 5, 2009.

98 Ibid.

## **RECOMMENDATION 29**

That the federal government explore all program options available to reduce the skyrocketing rates of HIV/AIDS and hepatitis C that pose a serious threat to public health both in prison and when offenders are released back into the community, and that assessments be undertaken to evaluate which program options are most effective at reducing the spread of infectious diseases in the context of the Canadian correctional system.

## **RECOMMENDATION 30**

That Correctional Service Canada encourage and expand the use of 12 Step programs to deal with addiction issues, including the increased use of outside community groups to assist.

## **RECOMMENDATION 31**

That Correctional Service Canada encourage the creation of drug treatment units in federal institutions.

## **RECOMMENDATION 32**

That Correctional Service Canada allocate additional financial and human resources for drug treatment, harm reduction and prevention.

## **RECOMMENDATION 33**

That Correctional Service Canada allocate additional funding to drug treatment programs at all federal correctional facilities.

## **RECOMMENDATION 34**

That Correctional Service Canada establish programs to treat offenders who have both mental health and drug abuse problems simultaneously.

## **RECOMMENDATION 35**

That Correctional Service Canada (CSC) continue to examine ways of strengthening drug interdiction monitoring activities and, in keeping with the recommendations made by the CSC Independent Review Panel, that CSC take a more rigorous approach to drug interdiction in order to create safe and secure environments where offenders can focus on rehabilitation.

## 5.7 THE PHYSICAL INADEQUACY OF SOME INSTITUTIONS

During its visits to federal institutions, the Committee noted the frequently poor conditions in which CSC staff work and federal offenders are detained, mainly as a result of the obsolescence of correctional institutions.<sup>99</sup> Of the 57 institutions operated by CSC, a good many were built in the 1800s and early 1900s—Kingston (1832), Dorchester (1880), Saskatchewan (1911), Stony Mountain and Collins Bay (1920-1930)—or in the mid-1900s—Joyceville (1950) and Archambault (1960s). Only four correctional institutions have been built since the mid-1990s. The average age of the institutions is about 45 years.<sup>100</sup>

Apart from the high maintenance costs of the aging infrastructure, the Committee heard that these structures also pose a risk to the safety of staff and inmates and can hamper the delivery of correctional programs and services.

### 5.7.1 Penitentiaries that are Decrepit, Crowded, Noisy and Devoid of Natural Light

According to witnesses, the architecture of correctional institutions built in the 1800s and early 1900s is often a hindrance to modern correctional interventions, and is unsuited to the complex profile of today's inmate population, characterized by, among other things, a growing number of inmates who have committed violent crimes or are affiliated with criminal gangs. Witnesses also noted that some institutions today hold four or five subgroups of incompatible inmates that have to be kept apart for security reasons.

Here is what the Correctional Investigator had to say about the care of inmates with mental health disorders in CSC's older institutions:

Many of the older penitentiaries in this country, some of which were built in the mid to late 19th century, simply lack the design and infrastructure capacity to meet the needs and challenges of a rapidly expanding population of mentally disordered offenders. Staff cannot do their best, nor are offenders suffering from mental illness well served when they are housed in conditions that are decrepit, crowded, noisy, and devoid of natural light. The impact of these conditions of confinement on offenders whose thinking, learning, and/or emotional responses are impaired, delayed, or damaged can have deleterious and degrading effects on their mental functioning over time.

We no longer live in a time when penitentiaries are designed to be solitary and confining places with minimum human contact. Modern correctional practice requires modern infrastructure. Places of confinement should not purposely add to the pain of incarceration, nor should their design hinder the delivery of correctional interventions.<sup>101</sup>

---

99 Although most of the problems noted during the study related to correctional institutions built before the 1950s, problems were also reported in institutions built within the last two decades.

100 Don Head, "Modernization of Physical Infrastructure," *Let's Talk*, Vol. 33, No. 1, May 2008.

101 *Evidence*, October 6, 2009.



The architecture of some institutions also interferes with creating a proper balance between passive security (electronic barriers, camera surveillance, checkpoints and so on) and active security (encouraging interaction with inmates to get to know each other better, and thus prevent incidents and actively contribute to their rehabilitation). This is a serious consideration, because interaction with inmates is an important factor in the safety of both inmates and staff. Some witnesses also maintained that frequent, positive interaction with inmates increases the likelihood that inmates will talk to staff about plots or problems between inmates. Ruth Martin, a physician who works with inmates, also noted that “[o]pen communication with staff and administration can reduce the development of a negative subculture.”<sup>102</sup>

During its study, the Committee also learned that most inmates are placed on waiting lists before gaining access to the programs and treatment specified in their correctional plan. This is attributable to, among other things, a lack of caseworkers and lack of space for program delivery that meets staff and inmate security requirements. This is all the more serious in that most inmates do not have timely access to appropriate programs. Those admitted late generally have their release into the community postponed; others are released without the benefit of all the programs and treatment considered essential to their rehabilitation.

Given the inefficient, inadequate and expensive infrastructure of many of CSC’s correctional institutions, the CSC Review Panel, tasked by the government in 2007 with reviewing CSC’s operational priorities, strategies and business plan, recommended that the federal government invest in the construction of a new type of regional penitentiary complex.<sup>103</sup> These complexes would include minimum, medium and maximum security sectors and share correctional services and space for the delivery of programs, and mental health and medical care.

In his testimony, the Panel Chair, Robert Sampson, spoke of the need to address the physical infrastructure in order to meet the needs of a prison population dealing with mental health or addiction problems.<sup>104</sup> Appearing before the Committee, CSC Commissioner Don Head<sup>105</sup> supported Mr. Sampson’s position, pointing out that changes to the institutions’ infrastructure were needed to facilitate the delivery of related programs.

Our visits to correctional institutions convinced us of the need for infrastructure changes in order to facilitate correctional measures. These changes are also essential to

---

102 Ibid.

103 The Panel’s recommendation reads: “The Panel recommends that CSC pursue undertaking capital and operating investments in a new type of regional, penitentiary complex that responds to the cost-efficiency and operational-effectiveness deficits of its current physical infrastructure.” Correctional Service of Canada Review Panel, *A Roadmap to Strengthening Public Safety*, report submitted to the government on October 31, 2007.

104 Robert Sampson, Chair, Correctional Service of Canada Review Panel, *Evidence*, June 11, 2009.

105 *Evidence*, June 11, 2009.

ensure conditions of detention that are conducive to the recovery of inmates with mental disorders and addiction issues.

In light of these observations, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 36**

**That the federal government support the renewal and modernization of the federal correctional system's aging infrastructure.**

#### **RECOMMENDATION 37**

**When building new facilities, that Correctional Service Canada provide toilets and windows in every cell with access to sunlight and fresh air where possible.**

#### **RECOMMENDATION 38**

**When new infrastructure is built, that Correctional Service Canada ensure that therapeutic considerations are taken into account.**

### **5.7.2 The Need for New Specialized Mental Health Units**

At the Shepody Healing Centre in the Dorchester Institution, the Committee observed a glaring lack of space for the delivery of mental health care. Dr. Louis Thériault, who has been a psychiatric consultant for more than 10 years at the Centre, noted that it is simply unable to meet the growing demand for additional beds or co-dependency units.<sup>106</sup> In his presentation, he reminded the Committee of the importance of having access to appropriate spaces to manage individuals experiencing mental health problems who are in crisis. Similar problems were observed in the other psychiatric care units the Committee visited.

The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 39**

**That the federal government build more expanded psychiatric care units. It must also ensure appropriate sub-units, and space both for private interviews and to deliver one-on-one counselling.**

The former Deputy Commissioner for Women at CSC, Elizabeth Van Allen, also noted a shortage of space at the new regional institutions for women in terms of the delivery of programs and services for offenders with complex mental health challenges. She stated:

We have a challenge with our infrastructure's capacity to deal with our mental health offenders. For our women in minimum and medium security, we have a good program in

---

106 Speaking notes, December 16, 2009.

place. Our structured living environments work well. ... It's more difficult when we have to deal with women who have behavioural challenges stemming from more complex mental health needs. Unfortunately, working with these women requires a more secure environment. We have five regional facilities. The secure units are relatively small, and that poses challenges. That's an area we will have to work on in the coming years.<sup>107</sup>

The Committee also noted that CSC does not have any independent psychiatric facilities for federally sentenced women. Such facilities would make it possible to accommodate female offenders with complex mental health challenges, in keeping with Ms. Van Allen's concerns. The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 40**

**That the federal government take action to address the fact that Correctional Service Canada currently has no stand-alone psychiatric facility to accommodate and treat women serving sentences of two or more years who are affected by complex mental health issues.**

The Committee is also concerned that the regional mental health centre located around the Archambault facility cannot accommodate high-security offenders. As a result, a number of offenders with mental health problems are sent to the Special Detention Unit (SDU), where conditions are harmful to their mental health. In the Committee's opinion, offenders at Archambault should have access to services similar to those available at the regional psychiatric centre in Saskatoon. The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 41**

**That Correctional Service Canada modernize the Archambault Regional Mental Health Centre by building, outside the current location, a maximum security psychiatric facility to treat all mental health problems. This facility could be similar to the Regional Psychiatric Centre in Saskatoon and the treatment philosophy could be based on the approach used at the Shepody Healing Centre in Dorchester or at Ila institution in Norway.**

### **5.8 CREATING AN ENVIRONMENT CONDUCIVE TO REHABILITATION**

The atmosphere in the correctional facilities visited in Norway differs from that in most of the facilities visited in Canada. Members of the Committee noted that some facilities are more like schools than prisons given the colour of the walls, the paintings and sculpture on display, the poetic messages on hallway walls and the friendly interaction between guards and offenders. Even at maximum security facilities, the guards do not use security equipment as a rule—Kevlar vests or extendible batons—when interacting with offenders. The guards do however still have access to a full range of highly sophisticated security equipment for use when needed. The equipment is stored in a locked room near the detention units.

---

107 Evidence, November 5, 2009.



At CSC medium and maximum security institutions, offenders usually follow a strict schedule with various services provided (meals etc.). At the facilities in Norway, including maximum security ones, offenders live in units where they have to get along with others and do household duties such as cleaning, vacuuming and cooking. This is similar to the approach at CSC minimum security facilities. The approach gives offenders the opportunity to assume responsibility for their self-care, to apply basic life skills and to counter inmate apathy.

On the whole, the Committee was impressed by the approach used in the correctional system in Norway. It was also surprised to learn that instances of violence against prison guards are extremely rare in these institutions. This is an approach favoured by Ms. Tole, retired warden of Alouette Correctional Centre in British Columbia. Appearing before the Committee, she pointed out that a more structured environment can be much more unsafe for correctional staff:

It is a fallacy that the more structured the environment, the safer it is. It isn't. The more confined, structured, and authoritarian the environment is, the more difficulty they have in living within that environment, and they tend to produce much more in the way of management problems. As a result, it's not a safe environment. It's unfortunate when institutions move more and more towards that—more technology, more security, more restrictive movement—because what you actually generate is a very dysfunctional population that presents a threat to the staff.<sup>108</sup>

Most of our witnesses also agreed that offenders fare better when they have positive and frequent interaction with qualified personnel. Amber-Anne Christie, a former inmate and research assistant with Women in 2 Healing, stressed that the environment and the physical design of correctional facilities are significant factors in offender rehabilitation. She stated before the Committee:

The way the prison [Alouette] was being run was more like a rehabilitation centre than a prison. It was amazing. Not only was there a library and a gym there, there was a native elder there to talk to. As well, there was drumming and dancing every Tuesday night. As a mother myself, I have to say that it helped me to remember the things I was giving up, and I know that the other inmates dealt with their problems and reacted differently because there was a baby there.

I was released from prison in October 2005, and I have not been back since. I will be the first to say that this exact prison changed my life. I had been in many prisons before, but this prison treated me like I was a person and not a number.<sup>109</sup>

According to Dr. Ruth Martin, enhancing offenders' self-confidence, engaging them in decision-making and focusing on their strengths rather than their weaknesses are essential to the success of correctional services.<sup>110</sup>

---

108 *Evidence*, March 16, 2010.

109 *Ibid.*

110 *Ibid.*



Finally, since the atmosphere and physical design of correctional facilities are decisive factors in offender rehabilitation, especially for those with mental health and addiction issues, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 42**

**That Correctional Service Canada develop a values-based vision as part of its mission to encourage healthy living in the correctional setting and mutual respect among offenders and staff. These values would be posted in all common areas and updated regularly by inmates and staff.**

#### **RECOMMENDATION 43**

**That Correctional Service Canada ensure adequate access to physical exercise and outdoor exercise.**

#### **RECOMMENDATION 44**

**That Correctional Service Canada ensure that all psychiatric units meet acceptable standards, including cell size, lighting, common areas, etc.**

#### **RECOMMENDATION 45**

**That Correctional Service Canada reduce barriers between correctional officers and inmates to establish, where possible, an atmosphere most conducive to rehabilitation.**

#### **RECOMMENDATION 46**

**That Correctional Service Canada have petition boxes installed in correctional facilities to allow inmates to submit confidential written requests to institution wardens, who would be responsible for responding to every reasonable request.**

The international community has made a commitment to protecting the human rights of offenders by instituting a number of international human rights instruments, such as the Convention against torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment and the Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (SMR).<sup>111</sup> The SMR are likely the most broadly recognized international standard regarding offenders' rights. In becoming a signatory to them in 1975, Canada undertook to apply the minimum rules in the management of its correctional clientele. In so doing it also recognized that offenders retain all their human rights, except their right to freedom of movement, and that they must at all times be treated humanely and with respect for their human dignity.

---

111 Human Rights: A Compilation of International Instruments, Vol. I, Part 1, Universal Instruments, Section J, No. 34.

### Rule nine of the SMR states:

Where sleeping accommodation is in individual cells or rooms, each prisoner shall occupy by night a cell or room by himself. If for special reasons, such as temporary overcrowding, it becomes necessary for the central prison administration to make an exception to this rule, it is not desirable to have two prisoners in a cell or room.

In accordance with this rule, CSC internal policies provide that single cell occupancy is the most appropriate method for offenders for correctional purposes.<sup>112</sup> Yet CSC does not choose its correctional clientele and it sometimes departs from this principle, as many other correctional administrations do here and elsewhere. Such departures have an impact though, as studies have demonstrated that the overpopulation of institutions results in:

- Increased tension and violence and compromised safety of personnel, offenders and visitors;
- Greater risk of the spread of infectious diseases;
- Accelerated progression of certain illnesses; and
- Reduced ability of correctional administrations to meet offenders' needs, including health care, treatment, education and training.

Appearing before the Committee, the Correctional Investigator stated that the rate of "double occupancy" in CSC institutions has increased significantly in recent years and is currently about 10% of the federal inmate population.<sup>113</sup> As of February 15, 2009, 1,313 offenders were double bunked in 657 cells.<sup>114</sup> Here is what the Correctional Investigator told the Committee about overpopulation:

The Correctional Service of Canada right now has empty cell capacity of maybe between 800 and 1,000, scattered across the country. So if you were to take a very high-level look and you say, gee, we've got empty cell space, so if more people come into a penitentiary, we must be able to accommodate them, you might be able to draw that conclusion.

The reality is that with the mix of the offender profile, with the issues to do with gangs, with the mentally ill, with the special concerns of women or Aboriginal offenders, that capacity isn't in the right place at the right time; it's not available. We have overcrowding, particularly at medium security, where the vast majority of offenders spend the vast majority of their time.<sup>115</sup>

---

112 CSC Commissioner's Directive No. 550, *Inmate Accommodation*, March 2001.

113 Howard Sapers, Correctional Investigator of Canada, Standing Committee on Justice and Human Rights, May 25, 2009.

114 Ibid.

115 *Evidence*, June 2, 2009.

In light of these observations and with the recent adoption of federal legislation that could increase the federal inmate population, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 47**

**That the federal government uphold the United Nations' Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, to which the Government of Canada is a signatory, which states: "Where sleeping accommodation is in individual cells or rooms, each prisoner shall occupy by night a cell or room by himself," as it is widely accepted that double bunking and overcrowding exacerbates mental health and addiction problems faced by inmates, as well as their ability to rehabilitate and reintegrate into society.**

### **5.9 GAPS IN THE TRAINING OF CORRECTIONAL STAFF**

Staff training is recognized in the CSC Mental Health Strategy as an essential factor in providing services and programs that meet the needs of offenders with mental health issues. In his 2008-2009 report, the Correctional Investigator states that CSC has made progress recently in this regard by creating a new online mental health training kit for front-line workers.<sup>116</sup> CSC also informed the Committee that it had recently introduced a two-day mental health training session for staff working at parole offices and halfway houses. Despite these promising initiatives, many witnesses, including CSC employees, stated that CSC has not done enough in this regard.

The Committee did not fully review the content of the training currently available to CSC employees. The evidence indicates however that correctional officers who work with federally sentenced offenders on a daily basis cannot recognize the symptoms of mental health problems and illness, despite their best intentions. They have difficulty dealing with the inconsistent behaviour associated with mental health disorders and cannot respond appropriately to the offenders in question.<sup>117</sup> Some witnesses, including the Correctional Investigator, noted that the compulsive and irrational behaviours associated with mental health disorders are often interpreted as acts of violence and are addressed through security measures rather than treatment.<sup>118</sup> As highlighted in the next section, administrative segregation is often the default response in such cases.

Given the importance of training for managing correctional clientele, the Committee was surprised to learn that corrections officers at RTCs do not receive specialized training. The Committee agrees with the Correctional Investigator that CSC must recognize the importance of mental health training by immediately providing suitable training for staff at RTCs.

---

116 *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2008-2009*, June 29, 2009.

117 See for example the testimony of Howard Sapers, June 2, 2009.

118 Ivan Zinger, *Evidence*, June 2, 2009.

In the Committee's opinion, CSC should also provide improved training as soon as possible for staff working with offenders in traditional facilities on a daily basis. Staff training should focus on the recognition of verbal and behavioural signs of mental health disorders and on responding accordingly to offenders' needs.

In view of these observations and since staff training is fundamental to the effective and humane management of offenders with mental health and addiction issues, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 48**

**That Correctional Service Canada make its mental health training activities a priority so that all employees working with offenders in an institution or in the community can gain familiarity with the symptoms of mental illness and treatment methods for offenders with mental health problems.**

#### **RECOMMENDATION 49**

**That Correctional Service Canada introduce specialized mental health training for correctional officers, program officers and parole officers who work in mental health units or regional treatment centres.**

Finally, given the limitations of traditional training that usually includes printed training material, Glenn Thompson, Secretary of the Board, Mental Health Commission of Canada, suggested that an electronic training tool be created that CSC employees could consult at any time. He stated:

Nowadays there should be something online for the correctional services staff that they can refer to any time, on the job or even in their home environment, training materials that are electronically available. People don't remember everything from a two-week course or a three-month course, or whatever it might be, and they need to refer back and think about it as their experience goes along. Today, they maybe had to supervise a person who had a schizophrenic condition. They may want to go and think about that and read about it and find out more about what other people have learned to do in that kind of situation.<sup>119</sup>

The Committee agrees with Mr. Thompson that such a tool could improve the correctional officers' responses. The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 50**

**That Correctional Service Canada create mental health training material that is available electronically so that correctional employees can consult it at any time, at work or even at home.**

---

119 Evidence, December 10, 2009.



## 5.10 INAPPROPRIATE USE OF ADMINISTRATIVE SEGREGATION

While administrative segregation is seen as an essential tool for crisis management, the Committee learned that CSC uses it too often to deal with offenders with mental health issues.

### 5.10.1 Statutory Framework

The CCRA authorizes CSC to use two types of segregation: disciplinary and administrative. Disciplinary segregation is a severe form of punishment that can be used for offenders found guilty of a serious disciplinary offence.<sup>120</sup> This is the most severe punishment authorized under the CCRA. It is limited to 30 days but can be extended to 45 days in the case of multiple disciplinary offences.<sup>121</sup>

Administrative segregation is a last-resort measure intended to prevent an offender from associating with other offenders.<sup>122</sup> An administrative segregation order must be based on one of the following three grounds:

- To prevent behaviour that could jeopardize the safety of any person or the security of the penitentiary, including employees and other inmates;
- To allow for an investigation that could lead to a criminal charge or a charge of a serious disciplinary offence under subsection 41(2);
- To provide services to the inmate whose safety would be jeopardized in the general inmate population.<sup>123</sup>

Unlike disciplinary segregation, there is no limit on the duration of administrative segregation, although the CCRA provides that an inmate must be returned to the general inmate population as soon as possible.<sup>124</sup> Some witnesses argued that administrative segregation often runs on for too long. In his 2008-2009 report, the Correctional Investigator expresses concern over the high number of offenders placed in administrative segregation for 60 days or more. It has been demonstrated repeatedly that risks to health increase over time. The Committee agrees with the Correctional Investigator that "[t]he practice of confining offenders with mental disorders to prolonged periods of isolation and deprivation must end. It is not safe, nor is it humane."<sup>125</sup> Moreover, an extended period of

---

120 Disciplinary offences are set out in Section 44, CCRA.

121 Section 44, CCRA, and section 40, *Regulations Respecting Corrections and the Conditional Release and Detention of Offenders*.

122 Sections 31 to 37, CCRA.

123 Subsection 31(3), CCRA.

124 Subsection 31(2), CCRA.

125 *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2008-2009*, June 29, 2009.

segregation can also delay an offender's rehabilitation and release due to the interruption of correctional programs.

It should be noted that the case of an inmate placed in administrative segregation must be reviewed regularly pursuant to section 33 of the CCRA and sections 19 to 23 of the Corrections and Conditional Release Regulations (Regulations). The Regulations provide that, the day after the inmate is placed in segregation, the institutional head must confirm the confinement order or order that the inmate be returned to the general prison population. This requirement also applies for offenders in voluntary confinement. When the institutional head confirms the administrative segregation order, a segregation review board within CSC must conduct a hearing within five working days of the order and every 30 days thereafter. The CSC regional head or designated regional staff member must also review the inmate's case after 60 days in administrative segregation to determine if segregation is still justified.

### **5.10.2 Administrative Segregation as a Default Option**

Offenders with mental health problems who have irrational, impulsive and compulsive behaviour are often involved in altercations with staff and other inmates. In such cases, the staff's inability to recognize symptoms of mental illness leads to decisions based more on security and repression than on treatment and intervention.

The Committee is concerned that CSC has not acted more quickly to establish intermediate care units to treat these offenders in units suited to their needs. The Committee agrees with its witnesses that establishing such units would address serious weaknesses in the current management of this population. Such units would provide a safe place for offenders requesting segregation because they do not feel safe among the general population. These units would also help offenders who do not meet the regional treatment centre admission criteria and have to remain in the correctional facility, where mental health resources are limited. For offenders returning from a stay at a regional treatment centre, such units would also provide for a gradual and safe transition from the therapeutic and clinical setting of the regional treatment centre to the general inmate population. According to the Correctional Investigator, the use of segregation as a substitute for intermediate mental health care cannot be justified in any case.<sup>126</sup> The Committee therefore recommends:

### **RECOMMENDATION 51**

**That Correctional Service Canada give priority to admitting into intermediate care units (newly created by Committee recommendation 26) offenders with mental health problems who would normally be subject to administrative segregation to protect them from other offenders.**

---

126 Douglas Quan, "Put end to isolation of mentally ill offenders", CanWest News Service, March 25, 2010.

The Committee is also very concerned about offenders placed in segregation as a way of managing their self-destructive behaviour (suicide attempts and self-mutilation). Depriving an offender of human contact is considered detrimental to rehabilitation and in fact exacerbates suicidal and self-mutilation behaviour. The Committee encourages CSC and its employees to use intervention methods first to calm offenders.

The Committee agrees with the Correctional Investigator who states in his June 2008 report, *A Preventable Death*, that administrative segregation should never be used as punishment or as a way around disciplinary segregation. Since administrative segregation is not a punitive measure, the offender must have the same rights, privileges and detention conditions as other offenders.

The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 52**

**That Correctional Service Canada use administrative segregation in only the most limited circumstances, under very strict regulations and as a last resort.**

#### **RECOMMENDATION 53**

**That Correctional Service Canada ensure that when administrative segregation is used, it is in its mildest form, on a graduated basis and of the shortest duration possible in order to achieve the desired outcome.**

#### **RECOMMENDATION 54**

**That Correctional Service Canada recognize that administrative segregation is not conducive to the treatment of offenders with mental health diagnoses and that human contact is essential to their rehabilitation and, where possible, facilitate their treatment with a health-care approach.**

### **5.10.3 Seeking Innovative Solutions**

The Committee noted that, in both Norway and England, segregation is seen as a necessary evil in dealing with a crisis. However, in England, offenders are systematically evaluated before being placed in segregation to identify underlying mental health issues. This is a promising approach that seeks to promote the well-being of offenders with mental health issues. England and Wales also have a centre providing close supervision of dangerous and troublesome offenders who refuse to or have difficulty obeying prison rules. These centres are an alternative to placing these offenders in segregation for extended periods. During its visit, the Committee observed that these centres take a humane approach in managing difficult cases, with an emphasis on offender rehabilitation. During its study, the Committee also learned that some prisons in England and Wales never use segregation to manage their inmate population.



Johanne Vallée, CSC Deputy Commissioner, Quebec Region, noted that a regional advisory committee was created in that province to find alternatives to long-term segregation. A peer program was also created as an alternative for offenders who do not want to leave segregation. Dr. Ruth Martin pointed out that at some centres offenders are placed in special units rather than segregation. In these units, the offenders benefit from the daily assistance provided by counsellors, psychiatric nurses and community workers.

The Committee is convinced that correctional facilities that use innovative alternatives to segregation provide an environment that is more conducive to the rehabilitation of offenders with mental health issues. Indeed, all offenders would benefit from a therapeutic environment conducive to their well-being and good mental health. The Committee therefore encourages CSC to find alternatives to segregation in the correctional system.

In view of these considerations, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 55**

**That Correctional Service Canada (CSC) examine the use of segregation for offenders with mental health problems in order to develop alternative solutions for this clientele. In order to do so, the CSC must take into account the opinions of wardens, front-line workers, including correctional officers, and best practices in other countries that have reduced the use of segregation.**

#### **5.10.4 Independent Adjudication to Address Accountability and Transparency Problems at Correctional Service Canada**

The Canadian Charter of Rights and Freedoms (hereafter the Charter) applies to and plays an important role in the correctional system, especially for the protection of inmate integrity. Various provisions of the Charter have been incorporated into the CCRA in order to uphold offenders' human rights. Under the CCRA, CSC must provide for the humane custody and treatment of its correctional clientele. This guarantee is especially important in the correctional setting where the clientele is most vulnerable.

Several major studies<sup>127</sup> and numerous recommendations have called on CSC to use an independent adjudication process to review the placement of inmates in administrative segregation. Yet neither CSC nor the Minister of Public Safety has acted on

---

127 After the CCRA was passed, Madam Justice Arbour investigated the segregation of federal inmates and issued a report in 1996 on certain events at the Prison for Women in Kingston. In 2000, the Sub-committee on the Corrections and Conditional Release Act of the House of Commons Standing Committee on Justice and Human Rights published a report entitled *A Work in Progress—The Corrections and Conditional Release Act*. In 2004, the Canadian Human Rights Commission published its report, *Protecting Their Rights: A Systemic Review of Human Rights in Correctional Services for Federally Sentenced Women*. In 2004, the Office of the Correctional Investigator published a working paper entitled *Shifting the Orbit—Human Rights, Independent Review and Accountability in the Canadian Corrections System*. In 1966, the United Nations made recommendations regarding the segregation process in the International Covenant on Civil and Political Rights.



these recommendations. The Committee is disappointed that CSC has ignored the recommendations of corrections experts. We believe that an independent mechanism is necessary not only to ensure the transparency of CSC decisions, but also to identify any violation of these offenders' human rights. The Committee fears that there may be abuse without such a mechanism. The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 56**

**That Correctional Service Canada immediately conduct an independent review of all cases of long-term administrative segregation and have an independent outside agency validate and assess the review of these cases.**

#### **5.11 RECOGNIZING THE IMPORTANCE OF CORRECTIONAL PROGRAMS FOR THE REHABILITATION AND SAFE REINTEGRATION OF OFFENDERS**

It is widely recognized that it is in society's interest as a whole for correctional services to respond appropriately to the needs of offenders in their custody. These needs pertain to mental health problems, addictions and any other problem affecting their ability to function in the community as law-abiding citizens. In this regard, research has shown that correctional programs that address criminogenic factors are effective in reducing recidivism, which makes them a strategic investment. CSC's internal documents show that, for every dollar invested in correctional programs, CSC saves four dollars in incarceration costs.<sup>128</sup>

CSC currently relies on a number of correctional programs, including programs for anger management, violence prevention, sex offenders and addictions. According to the evidence heard in Canada, Oslo and London, CSC is a leader in this field. Moreover, a number of the prison programs offered in Norway, England and Wales are based on CSC programs.

As stated above, while all CSC institutions offer correctional programs, a number of offenders do not have timely access to them due to insufficient human or financial resources or lack of space. At all the institutions visited, there are long waiting lists for programs. According to the Correctional Investigator, there were 13,353 men and women in federal correctional institutions as of May 10, 2009, 3,190 of whom were in basic correctional programs. "This means that in every region of the country there were dozens and dozens of offenders waiting for program assignment, with unmet needs in terms of their correctional plan."<sup>129</sup>

---

128 Ivan Zinger, *Evidence*, June 2, 2009.

129 Howard Sapers, *Evidence*, June 2, 2009.

### 5.11.1 The Need to Immediately Increase Funding for Programs

CSC currently spends about \$37 million per year on correctional programs: this covers training, quality control, management and administration costs.<sup>130</sup> Correctional programs addressing criminogenic factors account for just 2 to 2.7% of the total correctional budget. A number of witnesses lamented this state of affairs, pointing out that without increased funding it will be difficult for CSC to provide inmates with access to programs that can address the social inadequacies at the root of their criminal behaviour.

Appearing before the Committee in Ottawa, CSC Senior Deputy Commissioner Marc-Arthur Hyppolite stated that CSC had recently received additional funding<sup>131</sup> for the implementation of a new Integrated Correctional Program Model (ICPM), which has been in trials in the Pacific Region since 2010. Like other witnesses who appeared before the Committee, Mr. Hyppolite seemed confident that the upcoming implementation of this framework will enable CSC to improve access to correctional programs for all federal offenders and reduce dropout rates. CSC has every hope that the ICPM will:

- Give inmates access to programs much earlier in their sentence;
- Allow CSC to accept more offenders into programs on an ongoing basis;
- Help CSC ensure that offenders participate in and successfully complete programs in a timely manner.

The Committee hopes that this CSC initiative will be successful in giving offenders timely access to the programs included in their correctional plan. The Committee maintains however that this initiative alone is insufficient. Like a number of our witnesses, the Committee concludes that without a significant increase in the budget for correctional programs, CSC will not be able to effectively respond to help offenders reintegrate safely in the community.

Since CSC spending on correctional programs addressing factors contributing to crime is currently inadequate, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 57**

**That Correctional Service Canada substantially increase its budget for correctional programs addressing factors contributing to crime, including drug and alcohol abuse and mental health problems.**

In order to maximize investments in correctional programs and offender rehabilitation, the Committee is also of the opinion that CSC should use peer counsellors more extensively. This approach relies on the participation of offenders to bring about

---

130 Ivan Zinger, *Evidence*, October 2, 2009.

131 He noted that CSC intends to invest up to "\$5 million next year and \$5 million the following year", *Evidence*, November 5, 2009.

change in other inmates with similar problems. This method can be very effective for rehabilitation. Using peer counsellors might also improve CSC's ability to meet offenders' needs relating to mental health and addiction. The Committee therefore recommends:

### **RECOMMENDATION 58**

**That Correctional Service Canada provide for the training and increase the use of peer counsellors.**

#### **5.11.2 A Need to Expand the Range of Programs Offered to Federal Inmates**

The Committee supports all the programs currently offered in the federal correctional system. The evidence gathered from inmates, corrections officers and professionals indicates however that CSC should expand its range of correctional programs. Similarly, the Committee agrees that the period of incarceration must be fully utilized to engage offenders in obtaining the necessary tools for their successful reintegration in the community as law-abiding citizens. The Committee therefore recommends:

### **RECOMMENDATION 59**

**That Correctional Service Canada increase the use of craft rooms and workshops and expand the range and number of creative, recreational, arts and music programs as well as other therapeutic programs.**

The offenders who took part in the Committee's study reported very positive experiences with some CSC programs. Some noteworthy programs brought to our attention included those based on animal therapy such as the Horses as Healers program at the Okimaw Ohci Healing Lodge, located in the Necaneet First Nation, in Maple Creek, Saskatchewan, and the farm prison program currently offered at six correctional facilities operated by CSC.<sup>132</sup>

Research shows that attachment to an animal has an overall favourable impact on the person physically, psychologically and emotionally.<sup>133</sup> Programs based on animal therapy can reduce depression and anxiety, develop self-esteem, and assist in the learning of compassion and various social skills including respect for others, discipline and a sense of responsibility. In the correctional setting, interaction with animals can also be a calming influence for inmates and staff, fostering an atmosphere that is more relaxed and conducive to rehabilitation. The results of an evaluation of the dog training program at the Nova institution for women showed that it: "builds the offenders' self-esteem, produces

---

132 CSC has also offered a dog training program, *Pawsitive Directions Canine Program* (PDCP), at the Nova women's institution since 1996.

133 See Wendy G. Turner, *The experience of offenders in a prison canine program*, Federal Probation, Vol.71, N° 1, June 2007; Fournier et al., "Human-Animal Interaction in a Prison Setting: Impact on Criminal Behaviour, Treatment Progress, and Social Skills", *Behaviour and Social Issues*, 16, 2007, p. 89-105.



positive changes in the institutional environment, and changes the community's perception of women inmates at Nova Institution."<sup>134</sup>

A literature review conducted by CSC concludes that animal therapy programs not only help participants by improving their behaviour and learning about discipline, as well as their sense of cooperation and respect for others; they also help the staff of correctional institutions since the presence of animals makes the atmosphere more relaxed and encourages communication among inmates.<sup>135</sup> Finally, society as a whole would benefit from these programs since the participating inmates would learn skills that would serve them well in the labour market and would reduce the rate of recidivism.<sup>136</sup>

Animal therapy programs have proven effective and all participating inmates believe that these programs have undeniable benefits at the human level. For this reason, the Committee has difficulty understanding why CSC decided to terminate the farm prison program at penitentiaries by March 31, 2011. Like many of our witnesses, the Committee is convinced that CSC is on the wrong path in this regard and maintains that CSC should actually increase the number of programs based on animal therapy.

In view of these considerations, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 60**

**That Correctional Service Canada restore its prison farm program, which is an excellent rehabilitation tool, also serving as animal therapy.**

#### **RECOMMENDATION 61**

**That the federal government, acknowledging the imperative nature of preparing inmates for reintegration into the community, recognize the unique rehabilitative needs of offenders struggling with mental health and addictions, and put a greater focus on rehabilitation programs that have offenders working with living things, which research has shown has a calming and restorative effect on inmates, and helps them develop qualities that offenders often lack, like a sense of self worth, respect and empathy, as well as essential life skills like a sense of responsibility, dependability and teamwork, and that Correctional Service Canada explore and implement the use of pet therapy programs and other therapeutic use of animal husbandry.**

---

134 Kelly Richardson-Taylor and Kelley Blanchette *Results of an Evaluation of the Pawsitive Directions Canine Program at Nova Institution for Women* Research Branch, Correctional Service Canada, September 2001.

135 Office of the Deputy Commissioner for Women, *Pet Facilitated Therapy in Correctional Institutions, 1998*: <http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/pet/pet-eng.shtml>.

136 Earl O. Strimble, "A History of Prison Inmate-Animal Interaction Programs", *American Behavioural Scientist*, Vol. 47, No. 1, September 2003.



Women inmates in provincial and federal facilities are often mothers. According to CSC, about two-thirds of women in their custody have children under the age of five, and most of them are single mothers. The incarceration of these women has a huge impact on their children. Research has shown that “young children who are forcibly separated from their mothers suffer long-term developmental and emotional damage.”<sup>137</sup>

To counter the harmful effects of imprisonment on children, a number of countries have developed mother-child correctional programs. Under a number of programs, children born in prison remain with their mother for a certain period of time. Other programs allow children to stay with their mothers in detention under certain conditions. CSC established a mother-child program in 1996-1997. For a long time, this was a pilot project; CSC officially established it in 2001.

Commissioner’s Directive No. 768 states that the mother-child program is designed to create a supportive environment that fosters and promotes stability for the mother-child relationship. Under this directive, CSC identifies two levels of participation in the program: full-time residency and part-time residency, where the child stays with the mother on weekends, holidays or school vacations. The upper age limit for full-time residency is four years (at the fourth birthday) and twelve years (at the thirteenth birthday) for part-time residency. Exceptions to this rule may be considered upon written request; the request must be approved by the Deputy Commissioner for Women and the Regional Deputy Commissioner.

Under the Commissioner’s Directive, the institutional head is responsible for ensuring that all decisions are made in the child’s best interests, including safety and physical, emotional and spiritual well-being. The former Deputy Commissioner for Women, Ms. Van Allen, also pointed out that the institutional head usually consults with child protection authorities before making any decisions relating to inmates’ children.

Although the program is currently available at the five institutions for women, just one inmate was registered as of November 5, 2009.<sup>138</sup> Ms. Van Allen pointed out that few women have participated in the program since its inception. The Committee hopes that CSC will maximize the use of this program in the future in order to encourage and support women in its custody in terms of assuming their responsibilities as mothers while they are inmates.

In speaking with inmates, the Committee also noted that a number of them were fathers. CSC should also encourage and support these fathers in terms of their responsibilities as parents either by providing parenting skills programs or by encouraging visits from their children.

---

137 World Health Organization, *Women’s health in prison. Correcting gender inequities in prison health*, 2009, paragraph 21.

138 *Evidence*, November 5, 2009.

In the opinion of the Committee, all of these practices would serve to recognize the importance of the parent-child relationship in terms of the well-being and mental health of mothers, fathers and children alike. That said, for all decisions regarding children, CSC must also continue to guarantee that their safety, health and development are not jeopardized.

In view of these considerations, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 62**

**That Correctional Service Canada create a parenting skills program for offenders in institutions by creating partnerships with community and government organizations. This approach could include educational training for children of various age groups, conflict management, weekend family visits, improving children's reading skills and increasing the number of prison units accommodating mothers and their children.**

Finally, the Committee is aware that CSC currently administers five programs for sex offenders: three national programs, high intensity, moderate intensity and low intensity; the Tupiq program that is tailored to Inuit culture; and the program for women sex offenders. Some witnesses argued that the current programs are not suitable for sex offenders with concurrent problems such as mental health issues. The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 63**

**That Correctional Service Canada develop and deliver core programs for sex offenders who have developmental delays, bi-polar disorders or other similar limitations that currently make access to present core programming inappropriate.**

### **5.12 ENSURING A SAFE TRANSITION BACK INTO THE COMMUNITY AND REDUCING THE RISK OF RECIDIVISM**

In his introductory remarks, Mr. Livingston, noted that “the transition between custody and community can be acutely stressful, psychologically distressing” for inmates with mental health problems. To offset this and to facilitate the rehabilitation of these inmates, research has shown that correctional services must provide them with transition plans that clearly identify available community resources and, if applicable, that ensure that offenders have a sufficient supply of medication to last until they are able to see a community health service provider.

The statistics we received for the Quebec region indicate that the recidivism rate following release is twice as high for offenders with mental health problems as for other offenders.<sup>139</sup> To counter this trend, CSC must ensure that offenders receive treatment and

---

<sup>139</sup> Johanne Vallée, CSC Deputy Commissioner, Quebec Region, *Evidence*, March 23, 2010.

programs suited to their needs along with sufficient support in the community. Here is what Graham Stewart, former executive director, John Howard Society of Canada, had to say in this regard:

If we don't make a change, if we can't bring together the proper treatment, if we don't have the proper reintegration support for people re-entering the community, you can be sure that being as vulnerable as they are, having the difficulty they have day by day in their lives, they will be back at the door in short order—and not necessarily for serious crimes.<sup>140</sup>

To increase offenders' chances of success and in the interest of public safety, the Committee concludes that CSC should immediately expand its community correctional services. It should also work on developing links with outside public programs that could offer treatment services and adequate support to offenders on conditional release.

In light of these considerations, the Committee recommends:

#### **RECOMMENDATION 64**

**That Correctional Service Canada increase the number of half-way beds for men and women to ensure adequate beds in every province and territory.**

Like many witnesses, the Committee is of the opinion that the transition from detention to the community would be greatly facilitated by correctional practices that encourage the participation of families, friends and community groups in the correctional setting. In the opinion of the Committee, the participation of persons and groups able to provide appropriate community services and to support offenders as they take control of their lives and health is an important factor in the successful reintegration of offenders. The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 65**

**That Correctional Service Canada encourage and increase family visits and re-connection to family, friends and community.**

#### **RECOMMENDATION 66**

**That Correctional Service Canada expand the interaction with community programs, resources and groups to vastly increase both the community involvement in, and the type, number and quality of programs within, the correctional institutions (e.g., sports teams, drama programs, teachers, etc.).**

---

140 Graham Stewart, *Evidence*, October 27, 2009.

## RECOMMENDATION 67

**That Correctional Service Canada expand the access of offenders wherever possible and desirable to community resources, programs and visits, in the community.**

### 5.13 PROBLEMS RECRUITING AND RETAINING HEALTH PROFESSIONALS IN THE CORRECTIONAL SETTING

The information gathered by the Committee during its study indicates that CSC has a critical shortage of personnel to meet the needs of federal inmates with mental health and addiction issues. As a result of this shortage, which varies in intensity among regions in Canada,<sup>141</sup> offenders do not receive appropriate care; often they must wait for the services and programs included in their correctional plan. This could delay their release date, or worse, the offender could be released without the treatment and programs needed to increase their chances of success in the community.

According to the evidence gathered, CSC finds it especially difficult to attract and retain health professionals. This can be attributed to various factors including:

- The general shortage of health care workers;<sup>142</sup>
- The complex and difficult environment of penitentiaries due in part to the profile of the correctional clientele;
- The location of institutions;<sup>143</sup>
- The more limited opportunities for development and ongoing training;<sup>144</sup>
- The reluctance of physicians, psychiatrists and psychologists to give up private practice and become employees;<sup>145</sup>

---

141 See testimony of Marc-Arthur Hyppolite, Senior Deputy Commissioner, SCC, November 5, 2009, and Howard Sapers, Correctional Investigator of Canada, Office of the Correctional Investigator, June 6, 2009.

142 Gail Czukar, Executive Vice-President, Policy, Education and Health Promotion, Centre for Addiction and Mental Health, *Evidence*, October 29, 2009.

143 It should be noted that many CSC workplaces are located outside major urban centres. Correctional Services Canada, *Strategic Plan for Human Resource Management, 2009-2010 to 2011-2012*, 2010. See also Don Head, Commissioner, CSC, *Evidence*, June 11, 2009.

144 Howard Sapers, *Evidence*, June 2, 2009.

145 Testimony of a psychiatrist met at a mental health treatment centre.



- Professional isolation;
- Compensation that is not competitive.<sup>146</sup>

The Committee learned that CSC has attempted to address these issues through partnerships with university departments of medicine, psychology, social work and criminology. These partnerships allow students to do work terms and conduct research at correctional facilities while offering CSC staff opportunities to share their experience by teaching university courses.

Committee also had the opportunity to visit the Regional Psychiatric Centre (RPC) in Saskatchewan and speak with the staff there. This is the only example of a public/private partnership in the federal correctional system. The RPC is built on land owned by the University of Saskatchewan and is the result of cooperative planning between the Province of Saskatchewan, the University of Saskatchewan and CSC.<sup>147</sup> The RPC differs from other regional treatment centres in the importance it attaches to teaching and research. According to evidence we gathered, the RPC is a sought-after employer and CSC does not have any difficulty recruiting mental health professionals for this Centre.

Despite CSC's success in recruiting mental health workers for some institutions, the Committee agrees with its witnesses that, without additional human resources, CSC will not be able to meet the challenge of managing correctional clientele with mental health and addiction problems. This clientele could also increase as a result of the anticipated increase in the federal correctional population following the enactment of legislation that imposes stiffer sentences for certain offences.<sup>148</sup> To ensure that the correctional clientele that requires mental health and addictions programs and treatment receives the appropriate care, the Committee believes that CSC must develop and implement a new recruitment and retention strategy.

Given the importance of having specialized personnel to provide health care in general and mental health care in particular, the Committee recommends:

## **RECOMMENDATION 68**

**That Correctional Service Canada develop an attraction and retention program for psychologists, nurses, psychiatric nurses, occupational**

146 The CSC Commissioner used the example of Alberta to illustrate the challenge of not offering competitive compensation. He stated: "They were making about \$88,000 a year. They left to go to work at the Alberta hospital, where they immediately started at \$108,000, and one year later went to \$118,000. I can't compete against those kinds of options that are out there." *Evidence*, June 11, 2009.

147 The RPC is established under a memorandum of understanding. See Correctional Service Canada, "Mental Health Care in Correctional Settings", *FORUM on Corrections Research*, Vol. 2, No. 3, 1990, <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e023/e023ind-eng.shtml>.

148 Craig Jones, *Evidence*, October 27, 2009.

therapists, social workers and other necessary professionals, including paying market salaries.

#### **RECOMMENDATION 69**

**That Correctional Service Canada provide for dedicated budgets for the ongoing training of health professionals in order to make the environment more attractive to them.**

#### **5.14 A NEED TO IMMEDIATELY IMPLEMENT THE RECOMMENDATIONS OF THE REPORT, *A PREVENTABLE DEATH*, BY THE OFFICE OF THE CORRECTIONAL INVESTIGATOR**

The tragic death of Ashley Smith in 2007 was upsetting to the correctional community and the public in general. It called attention to the urgent need to improve both the quality of mental health care services provided in correctional facilities in Canada and CSC's ability to do this.

The Correctional Investigator's report regarding Ms. Smith, *A Preventable Death*, highlights CSC's failures with regard to this inmate in particular, as well as many systemic problems in general. The Correctional Investigator lamented the lack of mental health resources and the lack of an independent external review mechanism for cases of segregation. He also pointed to the lack of coordination between correctional services and federal, provincial and territorial health care. The Report of the Ombudsman and Child and Youth Advocate of New Brunswick pertaining to the services provided to Ashley Smith also pointed to the gaps in health care provided to offenders with mental health problems.

In August 2009, CSC responded to the recommendations of the Correctional Investigator, describing in general terms what it intended to do to address the weaknesses identified. In 2010, an updated progress report was released in which CSC expressed its support for eight of the 15 recommendations pertaining to it. While the Committee considers this a positive sign, it maintains that CSC must immediately implement all the recommendations made in the independent and impartial study conducted by the Correctional Investigator. The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 70**

**That Correctional Service Canada immediately implement all of the recommendations made by Howard Sapers, Correctional Investigator, in his report entitled "*A Preventable Death*," released in June 2008.**

#### **5.15 FOLLOW UP ON RECOMMENDATIONS OF THE ANNUAL REPORT OF THE CORRECTIONAL INVESTIGATOR 2008-2009**

The Committee wishes to begin by acknowledging the important work the Correctional Investigator does to ensure that offenders receive fair and humane treatment in the federal correctional system. In his latest report, he makes 19 recommendations and addresses systemic problems in CSC's application of corrections legislation and policies.

The concerns raised by the Correctional Investigator are similar to the issues the Committee has identified in its study. Mental health, self-harm, health services, correctional programs, types of segregation, Aboriginal offenders, federally sentenced women, deaths in custody and gaps in dynamic security are among the various concerns raised in his report. It is unfortunate that CSC has not yet implemented all the Correctional Investigator's recommendations, which in the Committee's opinion would increase CSC's ability to deal with the many issues relating to the makeup of its prison population. The Committee therefore recommends:

#### **RECOMMENDATION 71**

**That Correctional Service Canada implement all recommendations of the Office of the Correctional Investigator 36<sup>th</sup> Annual Report to Parliament (2008-2009) not contained herein.**





## CONCLUSION

---

The purpose of this study was to review CSC's policies, practices and programs in meeting the needs of federally sentenced offenders with mental health and addiction issues. This study was necessary considering that:

- The demand for mental health services in the federal correctional system has increased considerably in recent years;
- The unmet needs of offenders with mental health and addiction problems are both urgent and troubling;<sup>149</sup>
- Offenders who do not receive the treatment and programs they need are more likely to reoffend after their release which could compromise public safety.

In light of the evidence we heard, the Committee must conclude that CSC is not able at this time to offer adequate treatment and support to the majority of inmates with mental health and addiction issues in its custody. As a rule, although inmates admitted to RTCs receive adequate support, often they have to leave this therapeutic environment too early due to a lack of space. As a result, many offenders once again find themselves in a state of psychological distress shortly after being returned to the general prison population. This generally leads to administrative segregation in conditions that are further harmful to their mental health. Successive or extended periods of segregation also reduces their access to much needed correctional programs and services. Offenders with mental health problems who do not meet the admission criteria of RTCs also find themselves in a difficult situation. CSC simply does not have the capacity to treat them and most of them receive limited clinical attention. This appears to be the case with the majority of inmates with mental health problems who are in CSC custody.

The Committee agrees with the Correctional Investigator and a good many of our witnesses that CSC should give priority to providing sufficient and quality care, treatment and programs to offenders with mental health and addiction issues in order to support their rehabilitation. The human and financial resources available to CSC must be sufficient to address this urgent need. It is especially critical that prompt action be taken to improve CSC's results in this regard given the anticipated increase in the federal correctional population.

Finally, the Committee recognizes that every effort must be made to prevent the criminalization and incarceration of persons who commit offences due to mental health issues and addictions. Resolving this problem goes far beyond the CSC's mandate; it requires significant investments in prevention and diversion. The federal, provincial and

---

149 *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2008-2009*, June 29, 2009.

territorial governments must work together and invest in, together with community partners, a system based on mental health promotion, prevention and early detection and access to care and quality treatment in the community. This approach recognizes that the correctional environment is not ideal for treating offenders with mental health issues and addictions. However, when incarceration is considered the appropriate response to the crime and as necessary for ensuring public safety, the Committee firmly believes that action must be taken for their rehabilitation and for the implementation of a range of programs to ensure their successful reintegration in the community.

## LIST OF RECOMMENDATIONS

---

### RECOMMENDATION 1

That the federal government, in cooperation with the provinces and territories, make a commitment to and a serious investment in the mental health system, in order to ease the identification of and access to treatment for people suffering from mental health and addictions before they end up in the correctional system.

### RECOMMENDATION 2

That the federal government study the report entitled *Childhood Mental Health and Life Chances in Post-war Britain. Insights from three national birth cohort studies* and develop a national strategy, in collaboration with the Mental Health Commission of Canada and in keeping with provincial and territorial areas of jurisdiction, to deal appropriately with mental health problems experienced in childhood and adolescence, so as to reduce markedly the adult crime rate.

### RECOMMENDATION 3

That the federal government work with provinces and territories in order to ensure that police officers, Crown prosecutors and other key players in the criminal justice system be trained to recognize the symptoms of mental health problems, mental illness and drug and alcohol abuse so that they can direct offenders to the appropriate treatment services.

### RECOMMENDATION 4

That the federal government work with the provinces and territories on early identification of mental health and addiction issues affecting offenders in remand, and secure access to treatment services for them in order to address conditions that are so often precursors to escalating crime and incarceration.

### RECOMMENDATION 5

That the federal government support the creation and funding of more drug treatment courts to divert offenders with addictions to treatment centres and mental health courts to divert those with mental health needs to appropriate services.

### RECOMMENDATION 6

That the federal government support the creation and funding of more community courts to divert offenders with concurrent mental health and addiction issues to appropriate health facilities.

## **RECOMMENDATION 7**

That the federal government initiate discussions with provincial and territorial governments with a view to establishing partnerships and service agreements with hospitals for the delivery of health care services so that federal inmates have the same access to health care as other Canadians. Such partnerships would also provide continuity of mental health care when inmates are released into the community.

## **RECOMMENDATION 8**

That Correctional Service Canada establish agreements with provincial psychiatric hospitals—that have suitable facilities to accommodate offenders without compromising public safety—to transfer some offenders who are posing a threat to themselves or others and who cannot be treated at regional treatment centres, along with financial compensation. These agreements should also allow correctional staff to be assigned to the facilities during a transfer in order to ensure public safety.

## **RECOMMENDATION 9**

That the federal government develop coordination of services between Correctional Service Canada and provincial and territorial health authorities to provide a continuum of care through warrant expiry.

## **RECOMMENDATION 10**

That Correctional Service Canada explore and arrange community partnerships for training federal offenders (through Habitat for Humanity, for example).

## **RECOMMENDATION 11**

That Correctional Services Canada (CSC) review its current mental health and addictions programming to ensure that it meets the cultural and religious needs of Aboriginal offenders, who make up a disproportionate percentage of the Canadian inmate population, and a disproportionate percentage of inmates facing mental health and addiction issues; that CSC implement, together with local Aboriginal communities, more mental health and addiction programs addressing the specific needs of Aboriginal offenders. In addition to contributing to the development of these programs, local Aboriginal communities should also contribute to the delivery of these programs to ensure maximum success.

## **RECOMMENDATION 12**

That Correctional Service Canada expand the use of sweat lodges and other Aboriginal healing methods and refrain from using denial of same as a disciplinary measure.



### **RECOMMENDATION 13**

That Correctional Service Canada encourage healthy dietary practices for all offenders and where practical consider diet options for Aboriginal offenders including traditional and country food.

### **RECOMMENDATION 14**

That Correctional Service Canada make greater use of agreements concluded with Aboriginal communities under sections 81 and 84 of the *Corrections and Conditional Release Act*, and establish the required capacity.

### **RECOMMENDATION 15**

That Correctional Service Canada ensure that offenders have the same medical care as citizens generally.

### **RECOMMENDATION 16**

That Correctional Service Canada ensure that access to medical care is provided to offenders in a timely manner.

### **RECOMMENDATION 17**

That Correctional Service Canada work towards a psychologist/patient ratio of no more than 1:35 at all federal institutions.

### **RECOMMENDATION 18**

That Correctional Service Canada add substance abuse counsellors at every federal institution.

### **RECOMMENDATION 19**

That Correctional Service Canada add psychiatric nurses and nurses at every federal institution.

### **RECOMMENDATION 20**

That Correctional Service Canada ensure timely access to dental care at every federal institution.

### **RECOMMENDATION 21**

That Correctional Service Canada place a renewed focus on individualized treatment for all offenders with diagnosed mental health conditions, including addiction issues.

### **RECOMMENDATION 22**

That Correctional Service Canada work towards ensuring that adequate one-on-one counselling services are commenced forthwith upon diagnosis, and delivered in a timely fashion and in sufficient weekly amounts as prescribed by the treating psychologist or counsellor.

### **RECOMMENDATION 23**

That the federal government require offenders who have assaulted staff members or other offenders with biological substances to undergo, in the interest of the health and safety of those assaulted, all the necessary tests to diagnose the presence of any infectious diseases.

### **RECOMMENDATION 24**

That the federal government invest additional resources for the full implementation of the Correctional Service of Canada's mental health strategy.

### **RECOMMENDATION 25**

That Correctional Service Canada (CSC) make mental health screening upon admission a priority and that the federal government continue to fund this component of the mental health strategy. CSC should also require a full psychological assessment of an offender if recommended by a health care professional after the aforementioned screening.

### **RECOMMENDATION 26**

That Correctional Service Canada establish and fund intermediate mental health services and intermediate care units, depending on offenders' needs in each correctional facility, in order to care properly for offenders with mental health problems who do not meet the admission criteria of regional treatment centres and in order to provide care for offenders transferred from a regional psychiatric centre; and so that offenders do not feel compelled to enter voluntary administrative segregation to protect themselves from other offenders.

### **RECOMMENDATION 27**

That Correctional Service Canada implement innovative, multidisciplinary units for personality disordered individuals, based on the Whitemoor, U.K., model.

### **RECOMMENDATION 28**

That Correctional Service Canada cover the cost of all medication prescribed to treat mental illness of offenders on conditional release in the community through warrant expiry.

### **RECOMMENDATION 29**

That the federal government explore all program options available to reduce the skyrocketing rates of HIV/AIDS and hepatitis C that pose a serious threat to public health both in prison and when offenders are released back into the community, and that assessments be undertaken to evaluate which program options are most effective at

reducing the spread of infectious diseases in the context of the Canadian correctional system.

#### **RECOMMENDATION 30**

That Correctional Service Canada encourage and expand the use of 12 Step programs to deal with addiction issues, including the increased use of outside community groups to assist.

#### **RECOMMENDATION 31**

That Correctional Service Canada encourage the creation of drug treatment units in federal institutions.

#### **RECOMMENDATION 32**

That Correctional Service Canada allocate additional financial and human resources for drug treatment, harm reduction and prevention.

#### **RECOMMENDATION 33**

That Correctional Service Canada allocate additional funding to drug treatment programs at all federal correctional facilities.

#### **RECOMMENDATION 34**

That Correctional Service Canada establish programs to treat offenders who have both mental health and drug abuse problems simultaneously.

#### **RECOMMENDATION 35**

That Correctional Service Canada (CSC) continue to examine ways of strengthening drug interdiction monitoring activities and, in keeping with the recommendations made by the CSC Independent Review Panel, that CSC take a more rigorous approach to drug interdiction in order to create safe and secure environments where offenders can focus on rehabilitation.

#### **RECOMMENDATION 36**

That the federal government support the renewal and modernization of the federal correctional system's aging infrastructure.

#### **RECOMMENDATION 37**

When building new facilities, that Correctional Service Canada provide toilets and windows in every cell with access to sunlight and fresh air where possible.

#### **RECOMMENDATION 38**

When new infrastructure is built, that Correctional Service Canada ensure that therapeutic considerations are taken into account.

**That the federal government build more expanded psychiatric care units. It must also ensure appropriate sub-units, and space both for private interviews and to deliver one-on-one counselling.**

#### **RECOMMENDATION 40**

**That the federal government take action to address the fact that Correctional Service Canada currently has no stand-alone psychiatric facility to accommodate and treat women serving sentences of two or more years who are affected by complex mental health issues.**

#### **RECOMMENDATION 41**

**That Correctional Service Canada modernize the Archambault Regional Mental Health Centre by building, outside the current location, a maximum security psychiatric facility to treat all mental health problems. This facility could be similar to the Regional Psychiatric Centre in Saskatoon and the treatment philosophy could be based on the approach used at the Shepody Healing Centre in Dorchester or at Ila institution in Norway.**

#### **RECOMMENDATION 42**

**That Correctional Service Canada develop a values-based vision as part of its mission to encourage healthy living in the correctional setting and mutual respect among offenders and staff. These values would be posted in all common areas and updated regularly by inmates and staff.**

#### **RECOMMENDATION 43**

**That Correctional Service Canada ensure adequate access to physical exercise and outdoor exercise.**

#### **RECOMMENDATION 44**

**That Correctional Service Canada ensure that all psychiatric units meet acceptable standards, including cell size, lighting, common areas, etc.**

#### **RECOMMENDATION 45**

**That Correctional Service Canada reduce barriers between correctional officers and inmates to establish, where possible, an atmosphere most conducive to rehabilitation.**

#### **RECOMMENDATION 46**

**That Correctional Service Canada have petition boxes installed in correctional facilities to allow inmates to submit confidential written requests to institution wardens, who would be responsible for responding to every reasonable request.**



#### **RECOMMENDATION 47**

That the federal government uphold the United Nations' Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, to which the Government of Canada is a signatory, which states: "Where sleeping accommodation is in individual cells or rooms, each prisoner shall occupy by night a cell or room by himself," as it is widely accepted that double bunking and overcrowding exacerbates mental health and addiction problems faced by inmates, as well as their ability to rehabilitate and reintegrate into society.

#### **RECOMMENDATION 48**

That Correctional Service Canada make its mental health training activities a priority so that all employees working with offenders in an institution or in the community can gain familiarity with the symptoms of mental illness and treatment methods for offenders with mental health problems.

#### **RECOMMENDATION 49**

That Correctional Service Canada introduce specialized mental health training for correctional officers, program officers and parole officers who work in mental health units or regional treatment centres.

#### **RECOMMENDATION 50**

That Correctional Service Canada create mental health training material that is available electronically so that correctional employees can consult it at any time, at work or even at home.

#### **RECOMMENDATION 51**

That Correctional Service Canada give priority to admitting into intermediate care units (newly created by Committee recommendation 26) offenders with mental health problems who would normally be subject to administrative segregation to protect them from other offenders.

#### **RECOMMENDATION 52**

That Correctional Service Canada use administrative segregation in only the most limited circumstances, under very strict regulations and as a last resort.

#### **RECOMMENDATION 53**

That Correctional Service Canada ensure that when administrative segregation is used, it is in its mildest form, on a graduated basis and of the shortest duration possible in order to achieve the desired outcome.

#### **RECOMMENDATION 54**

That Correctional Service Canada recognize that administrative segregation is not conducive to the treatment of offenders with mental health diagnoses and that human contact is essential to their rehabilitation and, where possible, facilitate their treatment with a health-care approach.

#### **RECOMMENDATION 55**

That Correctional Service Canada (CSC) examine the use of segregation for offenders with mental health problems in order to develop alternative solutions for this clientele. In order to do so, the CSC must take into account the opinions of wardens, front-line workers, including correctional officers, and best practices in other countries that have reduced the use of segregation.

#### **RECOMMENDATION 56**

That Correctional Service Canada immediately conduct an independent review of all cases of long-term administrative segregation and have an independent outside agency validate and assess the review of these cases.

#### **RECOMMENDATION 57**

That Correctional Service Canada substantially increase its budget for correctional programs addressing factors contributing to crime, including drug and alcohol abuse and mental health problems.

#### **RECOMMENDATION 58**

That Correctional Service Canada provide for the training and increase the use of peer counsellors.

#### **RECOMMENDATION 59**

That Correctional Service Canada increase the use of craft rooms and workshops and expand the range and number of creative, recreational, arts and music programs as well as other therapeutic programs.

#### **RECOMMENDATION 60**

That Correctional Service Canada restore its prison farm program, which is an excellent rehabilitation tool, also serving as animal therapy.

#### **RECOMMENDATION 61**

That the federal government, acknowledging the imperative nature of preparing inmates for reintegration into the community, recognize the unique rehabilitative needs of offenders struggling with mental health and addictions, and put a greater focus on rehabilitation programs that have offenders working with living things, which

research has shown has a calming and restorative effect on inmates, and helps them develop qualities that offenders often lack, like a sense of self worth, respect and empathy, as well as essential life skills like a sense of responsibility, dependability and teamwork, and that Correctional Service Canada explore and implement the use of pet therapy programs and other therapeutic use of animal husbandry.

#### **RECOMMENDATION 62**

That Correctional Service Canada create a parenting skills program for offenders in institutions by creating partnerships with community and government organizations. This approach could include educational training for children of various age groups, conflict management, weekend family visits, improving children's reading skills and increasing the number of prison units accommodating mothers and their children.

#### **RECOMMENDATION 63**

That Correctional Service Canada develop and deliver core programs for sex offenders who have developmental delays, bi-polar disorders or other similar limitations that currently make access to present core programming inappropriate.

#### **RECOMMENDATION 64**

That Correctional Service Canada increase the number of half-way beds for men and women to ensure adequate beds in every province and territory.

#### **RECOMMENDATION 65**

That Correctional Service Canada encourage and increase family visits and re-connection to family, friends and community.

#### **RECOMMENDATION 66**

That Correctional Service Canada expand the interaction with community programs, resources and groups to vastly increase both the community involvement in, and the type, number and quality of programs within, the correctional institutions (e.g., sports teams, drama programs, teachers, etc.).

#### **RECOMMENDATION 67**

That Correctional Service Canada expand the access of offenders wherever possible and desirable to community resources, programs and visits, in the community.

#### **RECOMMENDATION 68**

That Correctional Service Canada develop an attraction and retention program for psychologists, nurses, psychiatric nurses, occupational

therapists, social workers and other necessary professionals, including paying market salaries.

**RECOMMENDATION 69**

That Correctional Service Canada provide for dedicated budgets for the ongoing training of health professionals in order to make the environment more attractive to them.

**RECOMMENDATION 70**

That Correctional Service Canada immediately implement all of the recommendations made by Howard Sapers, Correctional Investigator, in his report entitled "A Preventable Death," released in June 2008.

**RECOMMENDATION 71**

That Correctional Service Canada implement all recommendations of the Office of the Correctional Investigator 36<sup>th</sup> Annual Report to Parliament (2008-2009) not contained herein.



# APPENDIX A LIST OF WITNESSES

40<sup>th</sup> Parliament, 3<sup>rd</sup> Session

Organizations and Individuals	Date	Meeting
<b>As an individual</b>	2010/03/16	2
Ruth Martin, Clinical Professor, Department of Family Practice and Collaborating Centre for Prison Health and Education, University of British Columbia		
<b>As an individual</b>		
Brenda Tole, Retired Warden of Alouette Correctional Centre for Women		
<b>Women in 2 Healing</b>		
Amber-Anne Christie, Research Assistant		
<b>Correctional Service Canada</b>	2010/03/23	4
Andrée Gaudet, Associate Director, Montreal-Metropolitan District		
Christine Perreault, Regional Coordinator, Institutional Mental Health, Quebec Region		
Johanne Vallée, Deputy Commissioner, Quebec Region		
<b>Canadian HIV/AIDS Legal Network</b>	2010/04/01	7
Sandra Ka Hon Chu, Senior Policy Analyst		
<b>Correctional Service Canada</b>		
Kate Jackson, Director General, Clinical Services		
Jennifer Oades, Deputy Commissioner for Women		
Heather Thompson, Regional Director, Health Services, Prairie Region		
<b>Momentum Healthware</b>		
Bruce Penner, General Manager, Canadian Operations		



# APPENDIX A LIST OF WITNESSES

40<sup>th</sup> Parliament, 2<sup>nd</sup> Session

Organizations and Individuals	Date	Meeting
<b>Office of the Correctional Investigator</b>	2009/06/02	24
Howard Sapers, Correctional Investigator		
Ivan Zinger, Executive Director and General Counsel		
<b>Correctional Service Canada</b>	2009/06/11	27
Don Head, Commissioner		
Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services		
<b>Correctional Service Canada Review Panel</b>		
Rob Sampson, Chair		
<b>Office of the Correctional Investigator</b>	2009/10/06	32
Nathalie Neault, Director of Investigations		
Howard Sapers, Correctional Investigator		
<b>As an individual</b>	2009/10/27	36
Graham Stewart, Former Executive Director of the John Howard Society of Canada		
<b>John Howard Society of Canada</b>		
Craig Jones, Executive Director		
<b>Canadian Mental Health Association</b>	2009/10/29	37
Frank Sirocich, Program Director, Community Support Services		
<b>Centre for Addiction and Mental Health</b>		
Gail Czukar, Executive Vice-President, Policy, Education and Health Promotion		
<b>Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia</b>		
James Livingston, Researcher, Mental Health and Addiction Services		
<b>As an individual</b>	2009/11/05	39
Peter Ford, Physician		
<b>Canadian Association of Elizabeth Fry Societies</b>		
Kim Pate, Executive Director		

<b>Organizations and Individuals</b>	<b>Date</b>	<b>Meeting</b>
<b>Correctional Service Canada</b> Lisa Allgaier, Director General, Aboriginal Initiatives Directorate Marc-Arthur Hyppolite, Senior Deputy Commissioner Elizabeth Van Allen, Deputy Commissioner for Women, Women Offender Sector	2009/11/05	39
<b>Department of Justice</b> Margaret Trottier, Senior Analyst, Drug Treatment Court Funding Program <b>Edmonton Drug Treatment and Community            Restoration Court</b> Doug Brady, Executive Director <b>Government of Ontario</b> David Moffat, Assistant Crown Attorney, Ministry of the Attorney General <b>Rideauwood Addiction and Family Services</b> James Budd, Senior Director, Corporate Services <b>Royal Ottawa Health Care Group</b> Helen Ward, Clinical Director, Forensic Service, Champlain	2009/12/08	42
<b>Mental Health Commission of Canada</b> Glenn Thompson, Secretary of the Board	2009/12/10	43



## **APPENDIX B LIST OF BRIEFS**

**40<sup>th</sup> Parliament, 3<sup>rd</sup> Session**

---

### **Organizations and individuals**

---

**Collins, Peter**

**Canadian HIV/AIDS Legal Network**



## **APPENDIX B LIST OF BRIEFS**

**40<sup>th</sup> Parliament, 2<sup>nd</sup> Session**

---

### **Organizations and individuals**

---

**Canadian Association of Drug Treatment Court**

**Canadian HIV/AIDS Legal Network**

**John Howard Society of Canada**





# REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings (Meetings Nos. 1, 2, 4, 7, 8, 24, 25, 26, 27, 33 and 46) is tabled.

Respectfully submitted,

Kevin Sorenson, MP

Chair



# **Mental Health and Drug and Alcohol Addiction in the Federal Correctional System**

Dissenting Opinion by Government Members of  
the Standing Committee on Public Safety and  
National Security

December 13, 2010

It is well known that the committee began this study in response to the death of Ashley Smith.<sup>1</sup> An incident such as this is first and foremost a human tragedy that has deeply affected her family, and is of concern to all Members of Parliament. We reiterate our sincere condolences to the family.

Following Ms Smith's death, the government immediately asked the Commissioner of the Correctional Service of Canada (CSC) to launch an investigation into her case and to include any issues of compliance with the law, and the policies and procedures of CSC.

Government members, from the beginning, have supported the Committee of Public Safety and National Security's (the Committee) efforts to study this issue and to produce a report. We feel obliged however, to make known publicly, our position on these matters, how we disagree with what this opposition dominated committee has put forward, and what we propose as an appropriate way forward.

At the outset, it should be noted that Government members of the Committee take no issue with the Committee's findings that correctional institutions should not be serving as hospitals by default. And that, in general, prison is not a suitable environment to treat the mentally ill. That said, the government has been taking responsible steps to ensure that mental health issues in our prisons are properly addressed.

In Budget 2007, the government committed \$55 million (over five years) towards a Mental Health Commission. The creation of the Mental Health Commission of Canada was a key recommendation of a Standing Senate Committee report on mental health, mental illness and addiction in Canada. It is the cornerstone of our government's strategy to address mental health issues in Canada.

Significant additional resources have already been provided to CSC specifically. In 2007, CSC received \$21.5 million (over 2 years) to support key elements of its Institutional Mental Health Strategy.

CSC's Mental Health Strategy includes:

- a comprehensive mental health screening at intake for offenders;
- enhanced primary mental health care in institutions;
- consistent standards at treatment centres;
- intermediate mental health care units; and
- preparation for reintegration and transition into the community.

In the 2008 Federal Budget, CSC received permanent funding of \$16.6 million annually for institutional mental health services, commencing in 2009/10. The

---

<sup>1</sup> Pursuant to Standing Order 108(2). Minutes of the Committee, April 28, 2009



funds are directed towards screening and assessment, primary care and in-patient care within institutions.

A factor made clear during the Committee's hearings was that an exacerbating challenge to dealing with mental illness is drug use. This is a concern for correctional organizations throughout the world and is a well known contributing factor to criminal behaviour.

We strongly disagree with the majority of the Committee on how to address this matter. Illicit drugs in federal prisons compromise the safety and security of correctional staff as well as our communities. Providing needles, even if it is done under the guise of harm reduction, means putting a potential weapon in the hands of convicted criminals. Further, drugs undermine the success of rehabilitation programs

80% of offenders entering CSC institutions have identified problems with substance abuse. To combat this issue, CSC has in place an Anti-Drug Strategy, the key elements of which are:

- prevention;
- intervention; and
- enforcement

The Committee learned that starting in 2008/09; CSC began expanding its drug detector dog program by hiring 10 new teams of drug detector dogs during fiscal year 2008-09 and aims at hiring a total of 80 new teams by 2012-13. By 2011, CSC will have hired 165 new security intelligence officers, analysts and administrative support staff both in institutions and in the community to strengthening intelligence operations.

In order to improve the searching of all visitors entering an institution, 30 new x-ray machines and 20 ion scanners were replaced or installed. Furthermore, CSC is enhancing perimeter security by staffing additional towers and watch points to combat drugs being thrown over fences and walls.

We recognize that the recruitment and retention of mental health professionals continues to be a challenge. We are in agreement with the Correctional Investigator, Howard Sapers, that this requires ongoing attention. In support of the implementation of the Mental Health Strategy, CSC has implemented several management practices such as the provision of mental health training to both mental health professionals and correctional staff.

With all of these considerations in mind, with an eye to building on the improvements made by this government thus far, and with an understanding that

public safety must be of paramount consideration in these matters, it is recommended by the government members of this committee that;

- 1. In light of permanent funding provided in budget 2008 and commencing in 2009/10 that CSC continue to work towards implementation of its Mental Health Strategy with an emphasis on intermediate care.**
- 2. It is recommended that Correctional Services Canada continue to examine ways of strengthening drug interdiction monitoring activities.**
- 3. That Correctional Services Canada consult with stakeholders, including provincial agencies, with a view to amending existing policies, and developing new policies to better reflect the priorities of the Anti-Drug Strategy.**
- 4. In keeping with previous recommendations made by the Independent Review Panel, and with the Government's continued commitment to tackling crime, that a more rigorous approach to drug interdiction be implemented in order to create safe and secure environments where offenders can focus on rehabilitation.**
- 5. That the government continue to support the renewal and modernization of Correctional Services Canada's aging infrastructure.**

## **The Importance of Innovation**

### **The report**

The Bloc Québécois would like to begin by thanking all the individuals, groups and institutions in Quebec, Canada and elsewhere for sharing with the Committee their experiences in managing and treating addiction and mental health in a correctional setting.

While the Bloc Québécois in no way disagrees with this report, we believe that it does not always go as far as it should. We think that this is rooted in a reluctance to take an innovative approach to the problems presented.

### **Taking the next steps**

In Norway and London, it was repeatedly said that small correctional facilities were able to establish a good working environment that fostered rehabilitation and a friendly atmosphere between inmates and guards. The report states that the “atmosphere in the correctional facilities visited in Norway differs from that in most of the facilities visited in Canada.” We believe it would be very useful to establish a pilot project involving the administration of a small correctional facility with a maximum of 70 inmates to test new methods for treating offenders.

On the subject of fostering innovation, we believe that Correctional Service Canada (CSC) should establish a structure for developing new methods, consistent with its mission, to deal with harm reduction related to substance abuse. Although recommendation 32 proposes that more resources be allocated for this purpose, we believe that in addition to spending more, it would be wise to look at ways to spend better.

The report also makes several recommendations concerning segregation, particularly recommendations 52, 53, 54 and 56, all of which suggest that administrative segregation be used in limited circumstances. However, none of the recommendations offer specifics on how CSC can achieve this goal. The Bloc Québécois proposes that the *Corrections and Conditional Release Act* (CCRA) be amended to provide for an independent adjudication process for all forms of long-term segregation. This proposal is based primarily on the

testimony of Johanne Vallée, who told the Committee that “[w]e need to monitor segregation to avoid long-term segregation, and that’s why I was saying segregation is the last tool we have, but there shouldn’t be long-term segregation. In our region we have a regional segregation committee that meets on a regular basis and analyzes each case. Sometimes we are faced with a situation when the offenders for all sorts of reasons don’t want to leave segregation, whether they are afraid of others, whether they have some debt. We need to address that. We need to make sure the case management team will meet them on a regular basis, and we need to find alternatives to segregation.”

Lastly, the Bloc Québécois would have liked the Committee to give further consideration to having the governments of Quebec and the provinces treat offenders with substance abuse and mental health problems. Recommendations 7 and 8 pave the way by proposing federal-provincial agreements on prisoner transfers and on care following release into the community. Unfortunately, the Committee did not take this proposal to its logical conclusion. The provincial level has the medical expertise, and such an approach would likely facilitate continued medical care between incarceration and the return to the community. This transfer should be accompanied by the necessary funding, of course.

While the Bloc Québécois undertook the Committee report and this supplementary report in good faith, it has few illusions that the current government will act on the recommendations. A government that does not hesitate to imprison innocent people and believes that punishment is the only answer cannot fully understand the importance of changing the approach to treating offenders with substance abuse and mental health problems.



## Supplementary Opinion of the New Democratic Party of Canada

Submitted by Don Davies, M.P.

New Democrat Critic for Public Safety and National Security

Vice-Chair, Standing Committee on Public Safety and National Security

The New Democratic Party of Canada strongly supports this Report and the recommendations contained herein. We urge the government to implement the recommendations as urgently as possible, as the issues of mental illness and addictions in our federal corrections system are serious, important and pressing. The New Democrats believe that dealing with mental health and addictions issues is a critical component to make our communities safer for everyone.

During the Committee's study of the issues raised in this Report, we heard from many witnesses with extensive experience in the fields of mental illness and addictions, particularly as these occur within the federal corrections context. We also travelled to many federal correctional facilities in Canada as well as those in the United Kingdom and Norway. As New Democrat Critic for Public Safety and National Security, I have also visited and inspected additional federal prisons in Canada and Asia on my own.

During its study of this issue, the Committee consulted with and heard expert testimony from a wide array of professionals who work in the corrections field. These experts included prison guards, parole officers, prison wardens, doctors, nurses, psychologists, staff representatives, prison chaplains, addictions specialists, organizations that work with current and former offenders, and offenders themselves. These individuals made a large number of important recommendations to the Committee. They reflect the proposals and experience of these diverse groups, all of whom have the same general aim: to provide better delivery of services and care for offenders suffering from mental health and addictions issues.

Although many of their recommendations were adopted in this Report, a number of important measures are not contained herein. The testimony received by the Committee during its many hours of hearings is part of the public record, and we hope that the government and the Correctional Service of Canada will give serious consideration to implementing their suggestions where appropriate.

In particular, action needs to be taken to end the use of segregation as a method of dealing with mental illness. While there are some laudable recommendations contained within this Report that seek to improve segregation protocol and practice, the tragic cases of Ashley Smith and other mentally-ill individuals in our federal prisons clearly show that there is an urgent need for decisive steps to eliminate the segregation of mentally-ill offenders. The New Democrats would support more concrete and more decisive measures to end the use of segregation as a response to mentally-ill offenders. The Committee heard evidence that segregation is harmful for all offenders, but particularly for those with mental illness. It exacerbates unwanted behaviour, and deepens the mental illness that is present. Instead, we need to adopt a health-based model for dealing with mentally-ill offenders that recognizes their needs for human interaction, therapy, and treatment for their illness.

New Democrats recognize the real and demonstrated connection between mental illness and addictions, and incarceration for many individuals. By taking effective steps to improve mental health treatment and recovery from addictions, we believe that many individuals will be helped and community safety will be enhanced.



tangibles pour mieux traiter la maladie mentale et la toxicomanie, nous permettrions à beaucoup de détenus de changer de vie et de reprendre le droit chemin. Nos collectivités n'en seraient que plus sûres.

par Don Davies, député

Porte-parole du Nouveau parti démocratique en matière de sécurité publique et nationale

Vice-président du Comité permanent de la sécurité publique et nationale

Le Nouveau parti démocratique du Canada souscrit fortement au présent rapport et aux recommandations qui y sont formulées. Nous exhortons le gouvernement de les mettre en œuvre sans délai, car les problèmes de maladie mentale et de toxicomanie constatés dans les établissements correctionnels fédéraux sont graves, répandus et pressants. Les

néo-démocrates croient essentiel de s'y attaquer si nous voulons rendre nos collectivités plus sûres.

Pour étudier les phénomènes décrits dans le rapport, le Comité a entendu de nombreux témoins qui avaient une vaste expérience de la maladie mentale et de la toxicomanie, surtout dans le milieu correctionnel fédéral. Il est également allé dans un grand nombre de nos pénitenciers fédéraux, mais il a aussi visité des établissements similaires au Royaume-Uni et en Norvège. Par ailleurs, étant porte-parole du NPD en matière de sécurité publique et nationale, je suis allé seul, en marge de l'étude du comité, visiter d'autres pénitenciers fédéraux du Canada et des établissements équivalents en Asie.

Au cours de son étude, le Comité a consulté beaucoup de monde et a entendu des professionnels de nombreuses disciplines qui travaillent dans le secteur correctionnel — gardiens de prison, agents de libération conditionnelle, directeurs d'établissement, médecins, infirmiers, psychologues, représentants du personnel carcéral, aumôniers, spécialistes en toxicomanie, représentants d'organismes travaillant auprès de délinquants anciens ou actuellement sous main de justice — de même que des délinquants, et ces témoins lui ont fait une foule de recommandations qui font maintenant partie du rapport. Elles traduisent l'expérience vécue par ces groupes et les propositions qui en découlent. Or, au-delà des différences qui les caractérisent, toutes ces personnes avaient un seul grand objectif général : améliorer les services et les soins prodigués aux détenus aux prises avec des problèmes de maladie mentale ou de toxicomanie.

Beaucoup de leurs recommandations ont été adoptées et figurent dans le rapport, mais un certain nombre d'autres mesures importantes devraient également y être proposées. Les témoignages reçus par le Comité au cours de ses nombreuses heures d'audience sont maintenant du domaine public, et nous espérons que le gouvernement et le Service correctionnel du Canada envisageront sérieusement d'y donner suite s'il y a lieu.

Plus particulièrement, il faut faire en sorte de ne plus considérer l'isolement cellulaire comme une façon valable de traiter les détenus atteints de maladies mentales et de ne plus y recourir. Le rapport contient des recommandations nouvelles conçues pour améliorer les protocoles et les pratiques en matière d'isolement, mais les cas tragiques d'Ashley Smith et d'autres pensionnaires de nos établissements fédéraux souffrant de maladies mentales montrent hors de toute doute qu'il est urgent d'intervenir de façon décisive pour que les détenus atteints de maladie mentale ne soient plus relégués à l'isolement cellulaire. Les néo-démocrates appuieraient des mesures concrètes et définitives en ce sens. En effet, des témoins ont dit au Comité que l'isolement cellulaire est nocif pour tous les détenus, mais surtout pour ceux qui souffrent de maladie mentale. Il exacerbe leurs comportements indésirables et aggrave leur état. Il faudrait plutôt adopter pour traiter ces détenus un modèle axé sur la santé qui tienne compte de leurs besoins en fait d'interaction humaine, de thérapie et de traitement.

Les néo-démocrates savent pertinemment qu'on a décelé et prouvé chez beaucoup de sujets un lien réel entre leur état mental et leurs dépendances, d'une part, et l'incarcération, d'autre part. Nous croyons que si nous prenions des mesures



cet esprit que le Bloc Québécois propose que la LSCMLC soit modifiée de manière à prévoir un arbitrage indépendant pour toutes les formes d'isolement à long terme. Notre proposition se base notamment sur le témoignage de Mme Johanne Vallée qui nous a dit : « nous devons avoir l'isolement à l'oeil pour éviter son application à long terme. Voilà pourquoi j'ai indiqué que c'est une mesure de dernier recours et qu'il ne faudrait pas imposer l'isolement à long terme. Dans notre région, un comité régional sur l'isolement se réunit régulièrement pour analyser chaque cas. Parfois, il arrive que les prisonniers, pour diverses raisons, ne veulent pas quitter l'isolement, que ce soit parce qu'ils ont peur des autres ou qu'ils ont des dettes. Il faut régler ce problème. Nous devons veiller à ce que l'équipe de gestion de cas rencontre ces personnes régulièrement et nous devons trouver des solutions de rechange à l'isolement. »

Enfin, le Bloc Québécois aurait aimé que l'on étudie davantage la possibilité que les soins offerts aux prisonniers toxicomanes ou souffrants de maladies mentales soient prodigués par les gouvernements du Québec et des provinces. En effet, les recommandations 7 et 8 pavent la voie, en proposant des ententes fédéral-provincial sur le transfert de prisonniers et sur pour assurer un suivi post-carcéral. Malheureusement, le comité n'a pas poursuivi au bout de sa logique. Pourtant, c'est au palier provincial qu'est concentrée l'expertise au niveau médical et une telle approche permettrait vraisemblablement de faciliter le suivi médical entre la vie carcérale et la vie civile. Bien entendu, un tel transfert devrait être accompagné d'un transfert monétaire équivalent.

Cependant, malgré toute la bonne foi qu'il a mis autant dans le rapport du comité que dans ce rapport complémentaire, le Bloc Québécois ne se fait que peu d'illusions sur les suites qu'y donnera le gouvernement actuel. Un gouvernement qui ne craint pas d'emprisonner des innocents et ne jure que par le chatiment n'a pas les aptitudes pour comprendre toute l'importance de modifier les façons de faire dans la prise en charge des prisonniers souffrant de toxicomanie et de maladies mentales.

## **L'importance d'innover**

### **Le rapport**

D'entrée de jeu, le Bloc Québécois tient à remercier toutes les personnes, tous les groupes ou les institutions du Québec, du Canada et d'ailleurs qui ont éclairé le comité de leur expérience sur la gestion et le traitement de la toxicomanie et de la santé mentale en milieu carcéral.

Bien que le Bloc Québécois ne soit nullement en désaccord avec le présent rapport, nous constatons qu'il n'est pas toujours allé aussi loin qu'il le devait. À notre sens, ces lacunes trouvent leurs causes dans une timidité face à l'innovation dans les façons d'aborder les problèmes liés à la problématique objet du présent rapport.

### **Aller plus loin**

À plusieurs reprises il a été fait mention, en Norvège et à Londres, que les petits établissements carcéraux propice à la cordialité entre les détenus et les gardiens et ainsi à la réhabilitation. À juste titre, dans le présent rapport, il est mentionné que «l'atmosphère des institutions carcérales visitées en Norvège se démarque de la plupart des institutions visitées au Canada». Ainsi, nous croyons qu'un projet pilote visant à opérer un petit établissement carcéral, d'un maximum 70 détenus, pourrait être d'une aide précieuse pour expérimentier de nouvelles méthodes de prise en charge des détenus.

Par ailleurs, toujours dans l'optique de valoriser l'innovation, nous croyons que le SCC devrait se doter d'une structure pouvant développer de nouvelles méthodes, compatibles avec sa mission, pour prévenir les méfaits en établissement liés à la toxicomanie. En effet, même si la recommandation 32 propose d'allouer plus de ressources à cet effet, nous croyons qu'en plus de dépenser plus, il serait avisé de se pencher sur des manières de dépenser mieux.

Aussi, dans le présent rapport, diverses recommandations touchent à l'isolement, notamment les recommandations 52, 53, 54 et 56. Toutes vont dans le sens de limiter l'isolement préventif au minimum nécessaire. Or, aucune ne propose de voie concrète permettant au SCC d'atteindre cet objectif. C'est dans

formation en santé mentale à la fois pour les professionnels de la santé mentale et le personnel correctionnel.

Dans cette optique, en vue de tirer parti des améliorations apportées jusqu'ici par le gouvernement et compte tenu de l'importance primordiale de la sécurité publique dans ce dossier, les députés ministériels membres du Comité recommandent :

1. Qu'à la lumière du financement permanent qui a été prévu dans le budget de 2008 et entamé en 2009-2010, le SCC continue de travailler à l'application de la Stratégie en matière de santé mentale en mettant l'accent sur les soins intermédiaires.
2. Que le Service correctionnel du Canada continue d'examiner les moyens de renforcer les activités de répression des drogues.
3. Que le Service correctionnel du Canada consulte les intervenants, y compris les organismes provinciaux, en vue de modifier les politiques existantes et d'en élaborer de nouvelles de façon à ce que les politiques correspondent mieux aux priorités de la Stratégie antidrogue.
4. Que, compte tenu des recommandations faites par le Comité d'examen indépendant et de la volonté continue du gouvernement de combattre le crime, une approche plus rigoureuse de la répression des drogues soit mise en œuvre afin de créer un milieu sûr et sécuritaire où les délinquants peuvent se concentrer sur leur réadaptation.
5. Que le gouvernement continue d'appuyer le renouvellement et la modernisation de l'infrastructure vieillissante du Service correctionnel du Canada.

- une préparation à la réinsertion sociale.

Le budget fédéral de 2008 allouait au SCC des fonds permanents annuels de 16,6 millions de dollars à compter de 2009-2010 pour les services de santé mentale en établissement. Ces fonds sont destinés au dépistage et à l'évaluation, aux soins primaires et aux soins aux patients hospitalisés.

Il est ressorti clairement des audiences du Comité qu'un élément aggravant de la maladie mentale est la consommation de drogue. C'est un sujet de préoccupation pour les établissements correctionnels du monde entier et un facteur bien connu du comportement criminel.

Nous désapprouvons au plus haut point les mesures recommandées par les membres majoritaires du Comité pour remédier à la situation. La présence de drogues illicites dans les prisons fédérales menace la sécurité des employés correctionnels et des collectivités. Fournir des seringues, même si on le fait au nom de la réduction des méfaits, équivaut à mettre une arme potentielle entre les mains de criminels. De plus, les drogues compromettent la réussite des programmes de réadaptation.

Quatre-vingts pour cent des délinquants admis dans un établissement du SCC ont des problèmes avérés de consommation. Pour s'attaquer à la question, le SCC a établi une stratégie antidrogue qui a comme principales composantes :

- la prévention;
- l'intervention;
- l'application de la loi.

Le Comité a appris que le SCC a commencé en 2008-2009 à étendre son programme de chiens détecteurs en créant 10 nouvelles équipes de chiens et qu'il a pour but de constituer un total de 80 nouvelles équipes d'ici 2012-2013. En 2011, il aura recruté 165 nouveaux agents du renseignement de sécurité, analystes et employés de soutien administratif tant pour les établissements que pour la collectivité afin de consolider les opérations du renseignement.

Afin d'améliorer le contrôle de tous les visiteurs qui entrent dans les établissements, le SCC a remplacé ou installé 30 appareils de radiographie et 20 détecteurs ioniques. De plus, il est en train de renforcer la sécurité du périmètre en affectant du personnel dans d'autres tours et postes de garde pour empêcher que la drogue soit lancée par-dessus les clôtures et les murs.

Nous reconnaissons que le recrutement et le maintien en fonction des professionnels de la santé mentale restent un défi. Nous pensons, comme l'enquêteur correctionnel, Howard Sapers, que cela mérite une attention soutenue. Pour faciliter la mise en œuvre de la Stratégie en matière de santé mentale, le SCC a adopté plusieurs pratiques de gestion, telles que la



<sup>1</sup> Conformément au paragraphe 108(2) du *Règlement*, Procès-verbaux du Comité, 28 avril 2009.

- un dépistage complet des troubles mentaux au moment de l'évaluation initiale des délinquants;
- l'amélioration des soins de santé mentale primaires en établissement;
- des normes uniformes dans les centres de traitement;
- des unités de soins de santé mentale intermédiaires;

La Stratégie du SCC en matière de santé mentale prévoit :

D'importantes ressources supplémentaires ont déjà été versées au SCC à cette fin. En 2007, le SCC a reçu 21,5 millions de dollars (sur deux ans) pour faciliter la mise en place des éléments clés de l'initiative sur la santé mentale en établissement.

Dans le budget de 2007, le gouvernement s'est engagé à verser 55 millions de dollars (sur cinq ans) pour la mise sur pied d'une commission de la santé mentale. La création de la Commission de la santé mentale du Canada était une des grandes recommandations du rapport sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada produit par un comité sénatorial permanent. Elle constitue la pièce maîtresse de la stratégie gouvernementale en matière de santé mentale pour le Canada.

D'entrée de jeu, il y a lieu de signaler que nous ne contestons pas les conclusions du Comité voulant que les établissements correctionnels ne doivent pas servir d'hôpitaux par défaut et que la prison ne soit pas un milieu indiqué pour traiter les malades mentaux. Cela dit, le gouvernement a pris des mesures constructives pour faire face aux problèmes de santé mentale en milieu carcéral.

Depuis le tout début, les députés ministériels soutiennent le Comité de la sécurité publique et nationale (le Comité) dans ses efforts pour étudier la question et produire un rapport. Nous nous sentons toutefois obligés de faire connaître publiquement notre position à ce sujet, notre désaccord sur les vues des membres de l'opposition, qui sont en majorité au Comité, et nos propositions sur ce qu'il convient de faire.

Il est de notoriété publique que le Comité a entrepris son étude en réaction au décès d'Ashley Smith<sup>1</sup>. Cette affaire est d'abord et avant tout un drame humain qui a profondément ébranlé la famille de la jeune femme et préoccupé l'ensemble des députés. Nous réitérons nos sincères condoléances à sa famille. Immédiatement après le décès de M<sup>me</sup> Smith, le gouvernement a demandé au commissaire du Service correctionnel du Canada (SCC) de mener une enquête sur cette affaire, et notamment sur l'observation de la loi ainsi que des politiques et procédures du SCC.

# **La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral**

Opinion dissidente des députés ministériels  
membres du Comité permanent de la sécurité  
publique et nationale

Le 13 décembre 2010



# DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents (séances nos 1, 2, 4, 7, 8, 24, 25, 26, 27, 33 et 46) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

Kevin Sorenson, député





**ANNEXE B**  
**LISTE DES MÉMOIRES**  
**40<sup>e</sup> Législature, 2<sup>e</sup> Session**

---

**Organisations et individus**

---

**Association canadienne des tribunaux de traitement de la toxicomanie**  
**Réseau juridique canadien VIH/sida**  
**Société John Howard du Canada**



**ANNEXE B**  
**Liste des mémoires**  
**40<sup>e</sup> Législature, 3<sup>e</sup> Session**

---

Organisations et individus

---

Collins, Peter

Réseau juridique canadien VIH/sida



Réunion	Date	Organisations et individus	
	2009/11/05	<p><b>Service correctionnel Canada</b></p> <p>Lisa Allgaier, directrice générale,            Direction des initiatives pour les Autochtones            Marc-Arthur Hypolite, sous-commissaire principal            Elizabeth Van Allen, sous-commissaire pour les femmes,            Secteur des délinquantes</p>	39
	2009/12/08	<p><b>Ministère de la Justice</b></p> <p>Margaret Trotter, analyste principale,            Programme de financement des tribunaux de la            toxicomanie</p> <p><b>Edmonton Drug Treatment and Community            Restoration Court</b></p> <p>Doug Brady, directeur général</p> <p><b>Gouvernement de l'Ontario</b></p> <p>David Moffat, procureur adjoint de la couronne,            Ministère du Procureur général</p> <p><b>Rideauwood Addiction and Family Services</b></p> <p>James Budd, directeur principal,            Services ministériels</p> <p><b>Services de santé Royal Ottawa</b></p> <p>Helen Ward, directrice clinique,            Services de psychiatrie, Champlain</p> <p><b>Commission de la santé mentale du Canada</b></p> <p>Glenn Thompson, secrétaire du conseil</p>	42
	2009/12/10		43

# ANNEXE A

## LISTE DES TÉMOINS

### 40<sup>e</sup> Législature, 2<sup>e</sup> Session

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

<b>Bureau de l'Enquêteur correctionnel</b>	2009/06/02	24
Howard Sapers, enquêteur correctionnel		
Ivan Zinger, directeur exécutif et avocat général		
<b>Service correctionnel Canada</b>	2009/06/11	27
Don Head, commissaire		
Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé		
<b>Comité d'examen du Service correctionnel du Canada</b>		
Rob Sampson, président		
<b>Bureau de l'Enquêteur correctionnel</b>	2009/10/06	32
Nathalie Neault, directrice des enquêtes		
Howard Sapers, enquêteur correctionnel		
<b>À titre personnel</b>	2009/10/27	36
Graham Stewart, ancien directeur général de la société John Howard du Canada		
<b>Société John Howard du Canada</b>		
Craig Jones, directeur général		
<b>Association canadienne pour la santé mentale</b>	2009/10/29	37
Frank Sirotych, directeur de programme, Services de soutien à la communauté		
<b>Centre de toxicomanie et de santé mentale</b>		
Gail Czukar, vice-présidente exécutive, Politiques, éducation et promotion de la santé		
<b>Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia</b>		
James Livingston, chercheur, Mental Health and Addiction Services		
<b>À titre personnel</b>	2009/11/05	39
Peter Ford, médecin		
<b>Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry</b>		
Kim Pate, directrice exécutive		



# ANNEXE A

## LISTE DES TÉMOINS

### 40<sup>e</sup> Législature, 3<sup>e</sup> Session

Organisations et individus	Date	Réunion
<b>À titre personnel</b> Ruth Martin, enseignante clinique, Department of Family Practice and Collaborating Centre for Prison Health and Education, Université de la Colombie-Britannique	2010/03/16	2
<b>À titre personnel</b> Brenda Tole, directrice à la retraite du centre correctionnel alouette pour les femmes		
<b>Women in 2 Healing</b> Amber-Anne Christie, adjointe de recherche		
<b>Service correctionnel Canada</b> Andrée Gaudet, directrice associée, District Montréal Métropolitain Christine Perreault, coordonatrice régionale, santé mentale et établissement, Région du Québec Johanne Vallée, sous-commissaire, Région du Québec	2010/03/23	4
<b>Réseau juridique canadien VIH/sida</b> Sandra Ka Hon Chu, analyste principale des politiques	2010/04/01	7
<b>Service correctionnel Canada</b> Kate Jackson, directrice générale, Services cliniques Jennifer Oades, sous-commissaire pour les femmes Heather Thompson, directrice régionale, Services de santé, Région des Prairies		
<b>Momentum Healthcare</b> Bruce Penner, directeur général, Opérations canadiennes		





#### RECOMMANDATION 68

Que le Service correctionnel du Canada élabore un programme pouvant attirer et retenir des psychologues, infirmières, psychiatriques, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et autres professionnels nécessaires, et, entre autres, verser les salaires du marché.

#### RECOMMANDATION 69

Que le Service correctionnel du Canada prévoie des budgets réservés au perfectionnement et à la formation permanente des professionnels de la santé de façon à rendre l'environnement plus intéressant pour eux.

#### RECOMMANDATION 70

Que le Service correctionnel du Canada mette en œuvre immédiatement toutes les recommandations formulées par Howard Sapers, enquêteur correctionnel, dans son rapport intitulé *Une mort évitable*, rendu public en juin 2008.

#### RECOMMANDATION 71

Que le Service correctionnel du Canada mette en œuvre toutes les recommandations du 36<sup>e</sup> rapport annuel au Parlement (2008-2009) du Bureau de l'enquêteur correctionnel, qui ne sont pas contenues ici.

travail d'équipe et que le Service correctionnel du Canada examine et mette en œuvre des programmes de zoothérapie et d'élevage d'animaux à des fins thérapeutiques.

#### RECOMMANDATION 62

Que le Service correctionnel du Canada mette sur pied un programme d'habiletés parentales pour les détenus en établissant des partenariats avec des organismes communautaires et gouvernementaux. Cette approche pourrait comprendre une formation en éducation des enfants des divers groupes d'âge, la gestion des conflits, les visites familiales de fin de semaine, l'amélioration de la capacité de lecture des enfants et l'augmentation du nombre des unités carcérales accueillant les mères et leurs enfants.

#### RECOMMANDATION 63

Que le Service correctionnel du Canada élabore et réalise des programmes de base à l'intention des délinquants sexuels qui présentent des retards de développement, des troubles bipolaires ou des affections semblables et auxquels les programmes de base existants ne conviennent pas.

#### RECOMMANDATION 64

Que le Service correctionnel du Canada augmente le nombre de lits dans les maisons de transition pour hommes et femmes afin d'en avoir un nombre suffisant dans chaque province et territoire.

#### RECOMMANDATION 65

Que le Service correctionnel du Canada encourage et multiplie les visites familiales et les contacts avec la famille, les amis et la collectivité.

#### RECOMMANDATION 66

Que le Service correctionnel du Canada augmente les contacts avec les programmes, ressources et groupes communautaires afin d'augmenter considérablement tant l'implication communautaire que le type, le nombre et la qualité des programmes dans les établissements correctionnels (p. ex. équipes sportives, ateliers d'art dramatique, enseignants, etc.).

#### RECOMMANDATION 67

Que le Service correctionnel du Canada, chaque fois que c'est possible et souhaitable, augmente l'accès des délinquants aux ressources, aux programmes et aux visites dans la collectivité.

## RECOMMANDATION 55

Que le Service correctionnel du Canada (SCC) se penche sur la question de la pratique d'isolement des détenus atteints de troubles mentaux afin de développer des solutions alternatives pour ce genre de clientèle. Pour cela, le SCC doit tenir compte des opinions des directeurs d'établissement, des employés de première ligne, notamment les agents correctionnels, et des meilleures pratiques des autres pays qui ont réussi à réduire le recours à l'isolement.

## RECOMMANDATION 56

Que le Service correctionnel du Canada mène sans tarder un examen indépendant des cas d'isolement préventif à long terme et fasse valider et évaluer le processus d'examen de ces cas par un organisme externe indépendant.

## RECOMMANDATION 57

Que le Service correctionnel du Canada augmente substantiellement le budget alloué aux programmes correctionnels ciblant les facteurs criminogènes, dont la toxicomanie et les troubles mentaux.

## RECOMMANDATION 58

Que le Service correctionnel du Canada assure la formation et augmente la mise à l'œuvre des pairs-conseillers.

## RECOMMANDATION 59

Que le Service correctionnel du Canada utilise davantage les salles d'artisanat et les ateliers de travail et élargisse l'éventail et le nombre de programmes créatifs, récréatifs, artistiques et musicaux et autres programmes thérapeutiques.

## RECOMMANDATION 60

Que le Service correctionnel du Canada rétablisse le programme des fermes pénitentiaires qui demeure non seulement un bon outil de réhabilitation, mais aussi de zoothérapie.

## RECOMMANDATION 61

Que le gouvernement fédéral, sachant qu'il est essentiel de préparer les détenus à leur réinsertion sociale, reconnaisse les besoins uniques en matière de réadaptation des délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et mette davantage l'accent sur les programmes de réadaptation où les délinquants travaillent avec des êtres vivants (dont le programme de prisons agricoles de CORCAN) qui, comme le montre la recherche, ont un effet calmant et réparateur chez les détenus et les aide à acquérir les qualités qui font souvent défaut aux délinquants, comme l'estime de soi, le respect et l'empathie, ainsi que les aptitudes de vie essentielles comme le sens des responsabilités, la fiabilité et le



## RECOMMANDATION 48

Que le Service correctionnel du Canada fasse de ses initiatives de formation en santé mentale l'une de ses priorités de façon à ce que tous les employés de première ligne puissent se familiariser avec les symptômes de la maladie mentale et les modes d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux.

## RECOMMANDATION 49

Que le Service correctionnel du Canada mette en œuvre une formation spécialisée en matière de santé mentale s'adressant aux agents correctionnels qui travaillent dans les unités de santé mentale ou les centres régionaux de traitement en santé mentale.

## RECOMMANDATION 50

Que le Service correctionnel du Canada crée du matériel de formation en matière de santé mentale qui soit accessible sur un support électronique de sorte que les employés qui travaillent dans le milieu correctionnel puissent consulter l'information à tout moment, au travail ou même à la maison.

## RECOMMANDATION 51

Que le Service correctionnel du Canada accepte en priorité dans les unités de soins intermédiaires (nouvellement créées par la recommandation 26 du Comité) les détenus atteints de troubles mentaux qui normalement seraient transférés en isolement préventif pour les protéger des autres détenus.

## RECOMMANDATION 52

Que le Service correctionnel du Canada s'assure que l'isolement préventif soit réservé à des situations très particulières, qu'il soit régi par des règles très strictes et soit utilisé uniquement comme dernier recours.

## RECOMMANDATION 53

Que le Service correctionnel du Canada (SCC) s'assure que l'isolement préventif, quand le SCC y a recours, soit utilisé sous sa forme la plus modérée, pour la plus courte durée possible, et de façon progressive afin d'obtenir le résultat voulu.

## RECOMMANDATION 54

Que le Service correctionnel du Canada reconnaisse que l'isolement préventif ne convient pas aux traitements des délinquants qui présentent un diagnostic de troubles mentaux et que les contacts humains sont essentiels à leur rétablissement et favorise, dans la mesure du possible, le traitement de ces derniers dans un environnement de soins de santé.

soins psychiatriques pour traiter tous les cas de santé mentale. Cette structure pourrait s'inspirer du Centre psychiatrique régional de Saskatoon, et la philosophie de traitement pourrait être basée sur ce qui se fait au Centre de rétablissement Shepody de Dorchester ou à l'établissement Ila en Norvège.

#### RECOMMANDATION 42

Que le Service correctionnel du Canada développe dans sa mission une vision basée sur des valeurs favorisant une vie saine en établissement et le respect mutuel entre le personnel et les détenus. Ces valeurs devraient être affichées dans toutes les aires communes et révisées régulièrement par le personnel et les détenus.

#### RECOMMANDATION 43

Que le Service correctionnel du Canada offre un accès suffisant à l'exercice physique à l'extérieur.

#### RECOMMANDATION 44

Que le Service correctionnel du Canada s'assure que toutes les unités psychiatriques se conforment à des normes acceptables, notamment pour ce qui est de la taille des cellules, de l'éclairage, des aires communes, etc.

#### RECOMMANDATION 45

Que le Service correctionnel du Canada réduise, dans la mesure du possible, les obstacles relationnels entre les agents correctionnels et les détenus afin de créer un environnement plus favorable à la réhabilitation.

#### RECOMMANDATION 46

Que le Service correctionnel du Canada fasse en sorte que les établissements carcéraux installent des boîtes à pétitions, où les détenus(es) pourraient déposer des demandes écrites confidentielles adressées aux directeurs des établissements qui auront la responsabilité de répondre à chaque demande raisonnable.

#### RECOMMANDATION 47

Que le gouvernement fédéral applique l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus des Nations Unies, dont le gouvernement du Canada s'est engagé à respecter, lequel dicte : « Les cellules ou chambres destinées à l'isolement nocturne ne doivent être occupées que par un seul détenu » puisqu'il est bien connu que la double occupation des cellules et la surpopulation exacerbent les problèmes de santé mentale et de toxicomanie des détenus et nuisent à leur capacité de réadaptation et de réinsertion sociale.

#### RECOMMANDATION 34

Que le Service correctionnel du Canada institue des programmes mixtes afin de traiter les détenus qui souffrent à la fois de troubles mentaux et de toxicomanie.

#### RECOMMANDATION 35

Que le Service correctionnel du Canada (SCC) continue de chercher des façons de renforcer les activités de répression des drogues et en conformité avec les recommandations du Comité d'examen indépendant du SCC que le SCC mette en oeuvre une approche plus rigoureuse en matière de répression des drogues afin de créer un milieu sûr et sécuritaire où les délinquants peuvent se concentrer sur la réadaptation.

#### RECOMMANDATION 36

Que le gouvernement fédéral appuie le renouvellement et la modernisation de l'infrastructure vieillissante du système correctionnel fédéral.

#### RECOMMANDATION 37

Qu'au moment de construire de nouvelles infrastructures, le Service correctionnel du Canada prévoit, dans la mesure du possible, des toilettes et des fenêtres dans chaque cellule avec accès à la lumière du jour et à l'air frais.

#### RECOMMANDATION 38

Qu'au moment de construire de nouvelles infrastructures, le Service correctionnel du Canada tienne compte des considérations thérapeutiques.

#### RECOMMANDATION 39

Que le gouvernement fédéral construise de nouvelles unités de soins psychiatriques plus grandes. Il doit également prévoir des sous-unités convales et de l'espace pour les entrevues privées et le counselling individuel.

#### RECOMMANDATION 40

Que le gouvernement fédéral remédie au fait que le Service correctionnel du Canada ne dispose actuellement d'aucune installation psychiatrique autonome pour loger et traiter les délinquants condamnés à des peines de deux ans et plus aux prises avec des problèmes complexes en matière de santé mentale.

#### RECOMMANDATION 41

Que le Service correctionnel du Canada modernise le Centre régional de santé mentale du pénitencier Archambault en construisant, hors de l'aile actuellement utilisée, une structure à sécurité maximale de

institution en provenance d'un centre psychiatrique régional; et de sorte que les détenus affectés par ces troubles ne se sentent pas obligés de demander à être placés en isolement préventif pour se protéger des autres détenus.

#### RECOMMANDATION 27

Que le Service correctionnel du Canada mette en œuvre des unités pluridisciplinaires innovatrices à l'intention des personnes souffrant de troubles de la personnalité, sur le modèle de celles à l'établissement Whittemoor, au Royaume-Uni.

#### RECOMMANDATION 28

Que le Service correctionnel du Canada assume les frais des médicaments prescrits pour traiter les troubles mentaux des délinquants qui sont en libérés sous condition dans la collectivité jusqu'à l'expiration du mandat d'emprisonnement.

#### RECOMMANDATION 29

Que le gouvernement fédéral examine tous les programmes disponibles pour réduire la flambée des taux de VIH-sida et d'hépatite C qui posent un sérieux problème de santé publique tant dans le contexte carcéral que dans la collectivité quand les délinquants sont mis en liberté, et que des évaluations soient entreprises afin de déterminer les options les plus efficaces pour réduire la propagation des maladies infectieuses dans le système correctionnel canadien.

#### RECOMMANDATION 30

Que le Service correctionnel du Canada favorise et accroisse l'utilisation des programmes en 12 étapes pour régler les problèmes de toxicomanie, notamment par un recours accru aux groupes communautaires extérieurs.

#### RECOMMANDATION 31

Que le SCC encourage la création d'unités de traitement de la toxicomanie dans les établissements fédéraux.

#### RECOMMANDATION 32

Que le Service correctionnel du Canada alloue des ressources financières et humaines additionnelles dans le traitement de la toxicomanie, la réduction des méfaits et la prévention.

#### RECOMMANDATION 33

Que le Service correctionnel du Canada alloue des fonds additionnels aux programmes de traitement de la toxicomanie dans tous les établissements correctionnels fédéraux.



#### RECOMMANDATION 20

Que le Service correctionnel du Canada fasse en sorte d'offrir des soins dentaires en temps utile dans tous les établissements fédéraux.

#### RECOMMANDATION 21

Que le Service correctionnel du Canada mette davantage l'accent sur le traitement individualisé de chaque détenu ayant un trouble mental diagnostiqué, y compris un trouble de toxicomanie.

#### RECOMMANDATION 22

Que le Service correctionnel du Canada fasse en sorte que des services de counselling individualisés suffisants commencent dès que le diagnostic est posé et soient offerts régulièrement et en quantité suffisante chaque semaine selon ce que prescrit le psychologue traitant ou le conseiller.

#### RECOMMANDATION 23

Que le gouvernement fédéral oblige les détenus ayant agressé des membres du personnel ou d'autres détenus avec des matières organiques à subir, pour la sécurité et la santé des personnes agressées, tous les tests nécessaires afin de diagnostiquer la présence de maladies infectieuses.

#### RECOMMANDATION 24

Que le gouvernement fédéral investisse des ressources additionnelles pour la mise en œuvre de l'ensemble des éléments de la Stratégie du Service correctionnel du Canada en matière de santé mentale.

#### RECOMMANDATION 25

Que le Service correctionnel du Canada (SCC) fasse du dépistage des troubles mentaux à l'admission une priorité et que le gouvernement fédéral continue de financer cet élément de la stratégie en matière de santé mentale. Le SCC devrait également exiger une évaluation psychologique complète du délinquant si un professionnel de la santé le recommande après le dépistage susmentionné.

#### RECOMMANDATION 26

Que le Service correctionnel du Canada institue et finance des services intermédiaires de santé mentale et des unités de soins intermédiaires, dépendamment des besoins des délinquants dans chaque établissement correctionnel, de manière à soigner correctement les détenus qui souffrent de troubles mentaux et qui ne répondent pas aux conditions d'admission dans les centres de traitement régionaux; à assurer le suivi des détenus qui arrivent en

autochtones locales, un plus grand nombre de programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie axés sur les besoins particuliers des délinquants autochtones. En plus de participer à l'élaboration de ces programmes, les collectivités autochtones locales devraient également contribuer à la prestation de ces derniers afin d'assurer leur succès.

#### RECOMMANDATION 12

Que le Service correctionnel du Canada augmente le recours aux sueries et aux autres méthodes de guérison autochtones et ne refuse pas le recours à ces techniques en guise de mesure disciplinaire.

#### RECOMMANDATION 13

Que le Service correctionnel du Canada encourage une saine alimentation chez tous les délinquants et envisage, si la chose est possible, diverses possibilités de régime alimentaire incluant des aliments traditionnels et locaux pour les délinquants autochtones.

#### RECOMMANDATION 14

Que le Service correctionnel du Canada ait recours davantage aux accords conclus avec les collectivités autochtones en vertu des articles 81 et 84 de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, et établisse la capacité requise.

#### RECOMMANDATION 15

Que le Service correctionnel du Canada veille à ce que les délinquants obtiennent les mêmes soins médicaux que l'ensemble de la population.

#### RECOMMANDATION 16

Que le Service correctionnel du Canada fasse en sorte que les délinquants aient accès à des soins médicaux en temps utile.

#### RECOMMANDATION 17

Que le Service correctionnel du Canada conserve un ratio patient/psychologue d'au plus un pour 35 dans les établissements fédéraux.

#### RECOMMANDATION 18

Que le Service correctionnel du Canada ajoute des conseillers en toxicomanie dans tous les établissements fédéraux.

#### RECOMMANDATION 19

Que le Service correctionnel du Canada ajoute des infirmières psychiatriques et des infirmières dans tous les établissements fédéraux.

Que le gouvernement fédéral appuie la création et le financement de tribunaux communautaires afin de diriger les délinquants ayant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie vers les ressources de santé appropriées.

#### RECOMMANDATION 7

Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux entament des discussions en vue d'établir des partenariats et des ententes de services avec des hôpitaux pour la prestation des soins de santé de façon à ce que les détenus fédéraux puissent bénéficier des mêmes possibilités d'accès aux soins de santé que tout autre citoyen. De tels partenariats auraient par ailleurs l'avantage d'assurer une continuité des soins de santé mentale suite à la libération des détenus dans la collectivité.

#### RECOMMANDATION 8

Que le Service correctionnel du Canada établisse des ententes avec des hôpitaux psychiatriques provinciaux — qui ont des structures pouvant accueillir les délinquants sans compromettre la sécurité publique — en vue du transfert, avec compensation financière, de certains détenus qui présentent une menace pour eux-mêmes ou pour les autres et qui ne peuvent être traités dans les centres régionaux de traitement. Ces ententes devraient permettre au personnel correctionnel d'être affecté aux établissements pendant un transfert pour assurer la sécurité publique.

#### RECOMMANDATION 9

Que le gouvernement fédéral élabore des services de coordination entre le Service correctionnel du Canada et les autorités sanitaires provinciales et territoriales afin d'assurer un continuum de soins jusqu'à l'expiration du mandat d'emprisonnement.

#### RECOMMANDATION 10

Que le Service correctionnel du Canada étudie et mette en œuvre des partenariats communautaires en vue d'offrir de la formation aux détenus qui relèvent de sa responsabilité (p. ex. Habitat pour l'humanité).

#### RECOMMANDATION 11

Que le Service correctionnel du Canada (SCC) examine sa programmation de traitement des troubles mentaux et de la toxicomanie afin de vérifier qu'elle répond aux besoins culturels et religieux des délinquants autochtones qui représentent un pourcentage disproportionné de la population carcérale canadienne et des détenus atteints de troubles mentaux et de toxicomanie; et que le SCC mette en œuvre, en collaboration avec les collectivités

## RECOMMANDATION 1

Que le gouvernement fédéral en collaboration avec les provinces et les territoires, s'engage et investisse sérieusement dans le système de santé mentale afin de faciliter l'identification et le traitement des personnes atteintes de troubles de santé mentale et de toxicomanie avant qu'elles aboutissent dans le système correctionnel.

## RECOMMANDATION 2

Que le gouvernement fédéral étudie le rapport intitulé Santé mentale durant l'enfance et perspectives d'avenir dans le Royaume-Uni de l'après-guerre : Études sur trois cohortes de naissance nationales et élabore une stratégie nationale, en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada et tout en respectant les champs de compétences des provinces et des territoires, afin de régler efficacement les problèmes de santé mentale durant l'enfance et l'adolescence et de réduire considérablement le taux de criminalité à l'âge adulte.

## RECOMMANDATION 3

Que le gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les provinces et les territoires afin que l'on forme les agents de police, les procureurs de la Couronne et les autres intervenants du système de justice pénale de manière qu'ils sachent reconnaître les symptômes des troubles mentaux, de la maladie mentale et de la toxicomanie et puissent diriger les délinquants vers les services de traitement appropriés.

## RECOMMANDATION 4

Que le gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les provinces et les territoires à déceler tôt les troubles mentaux et la toxicomanie chez les délinquants en détention provisoire et à obtenir pour eux des services de traitement de ces problèmes qui mènent si souvent à l'escalade de la criminalité et à l'incarcération.

## RECOMMANDATION 5

Que le gouvernement fédéral appuie la création et le financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie et des tribunaux de santé mentale afin de diriger les délinquants toxicomanes vers des centres de traitement et ceux atteints de troubles mentaux vers les services appropriés.



Le Comité reconnaît enfin qu'il faut prévenir dans la mesure du possible la criminalisation et l'incarcération des personnes qui commettent des actes criminels en raison de leurs troubles mentaux, y compris les troubles de toxicomanie. La solution du problème dépasse largement les compétences du SCC; elle demande des investissements importants dans la prévention et la déjudiciarisation. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent collaborer afin d'investir davantage en amont de mettre en place, de concert avec les partenaires communautaires, un système fondé sur la promotion de la santé mentale, sa prévention, son dépistage précoce et l'accès à des soins et des traitements de qualité dans la collectivité. Cette approche reconnaît que le milieu correctionnel n'est pas l'endroit idéal pour la prise en charge des délinquants souffrant de troubles de santé mentale et de toxicomanie. Toutefois, lorsque l'emprisonnement est perçu comme la réponse appropriée au crime et nécessaire du point de vue de la sécurité publique, le Comité croit fermement qu'il faut saisir l'occasion afin de travailler au rétablissement de ces délinquants et à la mise en œuvre d'un éventail de programmes visant leur réinsertion sociale réussie dans la collectivité.

L'étude avait pour objectif de passer en revue les politiques, les pratiques et les programmes du SCC pour répondre aux besoins des détenus sous responsabilité fédérale atteints de troubles mentaux et de toxicomanie. Cette étude était nécessaire étant donné que :

- la demande de services de santé mentale au sein du système correctionnel fédéral a sensiblement augmenté au cours des dernières années;
- les besoins non comblés des délinquants en cause pour ce qui est de la santé mentale et de la toxicomanie sont immédiats et troublants<sup>149</sup>;
- les délinquants qui ne reçoivent pas les traitements et les programmes dont ils ont besoin risquent davantage de récidiver après leur libération et de compromettre la sécurité du public.

À la lumière des témoignages reçus, le Comité est contraint de conclure que le SCC, à l'heure actuelle, n'est pas en mesure d'offrir un traitement et un soutien adéquats à la majorité des délinquants atteints de troubles mentaux et de toxicomanie qui relèvent de sa responsabilité. En règle générale, si les détenus admis dans les CRT obtiennent un soutien adéquat, trop souvent ils doivent quitter trop tôt cet environnement thérapeutique en raison d'un manque d'espace. En conséquence, plusieurs délinquants se trouvent à nouveau dans un état de détresse psychologique peu de temps après avoir été placés dans la population correctionnelle générale; cela résulte souvent en un placement en isolement préventif dans des conditions nocives pour leur santé mentale. Les périodes d'isolement successives ou de longue durée sont également susceptibles de réduire davantage leur possibilité d'accès aux programmes et aux services correctionnels appropriés. La situation est également problématique pour ceux et celles qui souffrent de troubles mentaux, mais qui ne répondent pas aux critères d'admission des CRT. Dans ces cas, le SCC n'a tout simplement pas la capacité de les traiter, la plupart faisant l'objet d'une attention clinique limitée. Il s'agit de la majorité des détenus atteints de troubles mentaux placés sous la responsabilité du SCC.

Le Comité convient avec l'enquêteur correctionnel, et bon nombre de témoins, que le SCC doit prioriser la prestation de soins, de traitements et de programmes adéquats et de qualité, aux délinquants atteints de troubles mentaux et de toxicomanie en vue de favoriser leur rétablissement. L'allocation des ressources financières et humaines dont dispose le SCC doit refléter cette démarche urgente. Il est d'autant plus important d'agir promptement pour améliorer les résultats du SCC dans ce domaine en raison de l'augmentation prévue de la population correctionnelle fédérale.

dans l'étude indépendante et impartiale menée par l'enquêteur correctionnel. Le Comité recommande donc :

## RECOMMANDATION 70

Que le Service correctionnel du Canada mette en œuvre immédiatement toutes les recommandations formulées par Howard Sapers, enquêteur correctionnel, dans son rapport intitulé *Une mort évitable*, rendu public en juin 2008.

## 5.15 SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT ANNUEL DU BUREAU DE L'ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL 2008-2009

D'entrée de jeu, le Comité tient à souligner le travail considérable de l'enquêteur correctionnel qui veille à ce que les délinquants reçoivent un traitement équitable et humain au sein du système correctionnel fédéral. Dans son plus récent rapport, l'enquêteur correctionnel présente 19 recommandations et aborde des problèmes systémiques liés à l'application des lois et des politiques correctionnelles par le SCC.

Les préoccupations soulevées par l'enquêteur correctionnel se rapprochent des problématiques qu'a identifiées le Comité lors de son examen. La santé mentale, les incidents d'automutilation, les services de santé, les programmes correctionnels, les formes d'isolement, les délinquants autochtones, les femmes purgeant une peine de ressort fédéral, les décès en établissements et les lacunes en matière de sécurité active figurent parmi les différentes préoccupations soulevées dans ce rapport. Il est regrettable que le SCC tarde à mettre en œuvre l'ensemble des recommandations de l'enquêteur qui, de l'avis du Comité, permettraient au SCC de relever sa capacité de affronter les nombreux enjeux liés à la composition de sa clientèle carcérale. C'est pourquoi le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 71

Que le Service correctionnel du Canada mette en œuvre toutes les recommandations du 36<sup>e</sup> rapport annuel au Parlement (2008-2009) du Bureau de l'enquêteur correctionnel, qui ne sont pas contenues ici.

correctionnelle nécessitant la prestation de programmes et de traitements de santé mentale et de toxicomanie reçoit les soins appropriés, le Comité est convaincu que le SCC doit élaborer et mettre en œuvre une nouvelle stratégie de recrutement et de maintien en poste.

Vu l'importance du personnel spécialisé dans la prestation des soins de santé en général et de santé mentale en particulier, le Comité recommande :

#### RECOMMANDATION 68

Que le Service correctionnel du Canada élabore un programme pouvant attirer et retenir des psychologues, infirmières, psychiatriques, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et autres professionnels nécessaires, et, entre autres, verser les salaires du marché.

#### RECOMMANDATION 69

Que le Service correctionnel du Canada prévoie des budgets réservés au perfectionnement et à la formation permanente des professionnels de la santé de façon à rendre l'environnement plus intéressant pour eux.

### 5.14 LA NÉCESSITÉ DE METTRE EN ŒUVRE IMMÉDIATEMENT TOUTES LES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT *UNE MORT ÉVITABLE* DU BUREAU DE L'ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL

Le décès tragique d'Ashley Smith en 2007 a ébranlé le milieu correctionnel et la population. Il a fait ressortir l'urgence de se préoccuper de la qualité des soins de santé mentale dispensés dans les établissements correctionnels du Canada et de la capacité du SCC de ce faire.

Le rapport présenté par l'enquêteur correctionnel au sujet de M<sup>me</sup> Smith, *Une mort évitable*, met en lumière les manquements du SCC à l'égard de la délinquante ainsi que de nombreux problèmes systémiques. L'enquêteur correctionnel déplore, entre autres, le manque de ressources en santé mentale et l'absence d'un mécanisme d'examen externe indépendant des placements en isolement. Il souligne également le manque de coordination entre les services correctionnels et les soins de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux. Le Rapport de l'Ombudsman du Nouveau-Brunswick et Défenseur des enfants et de la jeunesse qui a porté sur les services fournis à Ashley Smith déplore aussi les lacunes dans les soins de santé destinés aux délinquants atteints de troubles mentaux.

En août 2009, le SCC a répondu aux recommandations du BEC, en décrivant grosso modo ce qu'il entend faire pour combler les lacunes relevées. En 2010, un rapport d'étape et une mise à jour ont été présentés; le SCC y déclare son appui à huit des 15 recommandations qui le visent. Le Comité voit d'un bon œil cette démarche; il estime néanmoins que le SCC doit mettre en œuvre l'ensemble des recommandations formulées



- Les possibilités plus minces de perfectionnement et de formation permanente<sup>144</sup>,
- La réticence ou le refus des médecins, des psychiatres et des psychologues, de passer du statut d'entrepreneur indépendant à celui d'employé<sup>145</sup>,
- L'isolement professionnel;
- La rémunération non concurrentielle<sup>146</sup>.

Le Comité a appris que la création de partenariats avec des départements universitaires de médecine, de psychologie, de travail social et de criminologie a permis au SCC de remédier à la situation dans certains établissements. Ces partenariats prévoient par exemple la possibilité pour les étudiants de faire des stages et des recherches dans les établissements correctionnels, et offrent au personnel du SCC des possibilités de partager leur expérience par le biais de l'enseignement de cours à l'université.

Le Comité a également eu l'occasion de visiter le Centre psychiatrique régional (CPR) en Saskatchewan et d'échanger avec le personnel. Il s'agit d'un endroit unique dans le système correctionnel fédéral en ce qui a trait au partenariat public/privé. Le CPR est construit sur des terrains de l'Université de la Saskatchewan; il est l'aboutissement d'un effort de coopération entre la province de la Saskatchewan, l'Université de la Saskatchewan et le SCC<sup>147</sup>. Le CPR se distingue aussi des autres centres de traitement régionaux par l'importance qui y est accordée à la fonction d'enseignement et de recherche. D'après les témoignages, le CPR est très prisé comme milieu de travail, et le SCC n'éprouve aucune difficulté à recruter des professionnels en santé mentale.

Malgré les réalisations du SCC au chapitre du recrutement du personnel en santé mentale dans certains établissements, le Comité convient avec les témoins que s'il n'obtient pas de ressources humaines additionnelles, le SCC ne pourra pas relever le défi posé par la gestion de la clientèle correctionnelle confrontée à des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Cette clientèle risque par ailleurs de s'accroître avec l'augmentation prévue de la population correctionnelle fédérale par suite de l'adoption de projets de loi qui alourdiraient les peines pour certaines infractions<sup>148</sup>. Afin que la clientèle

144 Howard Sapers, *Témoignages*, 2 juin 2009.

145 Témoignage d'un psychiatre rencontré dans un centre de traitement en santé mentale.

146 Le commissaire du SCC a utilisé l'exemple de l'Alberta pour illustrer le défi de la rémunération non concurrentielle. Voici ce qu'il a soutenu : « Nos psychologues gagnent environ 88 000 \$ par année. Ils vont travailler à l'hôpital de l'Alberta où ils obtiennent immédiatement un salaire de 108 000 \$ et un an plus tard, de 118 000 \$. Je ne peux pas soutenir cette concurrence ». *Témoignages*, 11 juin 2009.

147 Le CPR est établi aux termes d'un protocole d'entente. Voir Service correctionnel du Canada, « Les traitements de santé mentale en milieu carcéral », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 2, n° 3, 1990, <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pbict/forum/e023/e023ind-fra.shtml>.

148 Craig Jones, *Témoignages*, 27 octobre 2009.

RECOMMANDATION 66

Que le Service correctionnel du Canada augmente les contacts avec les programmes, ressources et groupes communautaires afin d'augmenter considérablement tant l'implication communautaire que le type, le nombre et la qualité des programmes dans les établissements correctionnels (p. ex. équipes sportives, ateliers d'art dramatique, enseignants, etc.).

RECOMMANDATION 67

Que le Service correctionnel du Canada, chaque fois que c'est possible et souhaitable, augmente l'accès des délinquants aux ressources, aux programmes et aux visites dans la collectivité.

5.13 PROBLÈMES DE RECRUTEMENT ET DE RÉTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN MILIEU CORRECTIONNEL

Selon les données recueillies par le Comité, le SCC est confronté à un manque criant de ressources humaines pour répondre aux besoins des détenus sous responsabilité fédérale atteints de troubles mentaux et de toxicomanie. En raison de cette pénurie<sup>141</sup> — qui ne sévit toutefois pas avec la même acuité dans toutes les régions du pays<sup>141</sup> —, des délinquants ne reçoivent pas les soins appropriés; ils doivent souvent attendre pour bénéficier des services et des programmes prévus dans leur plan correctionnel. Ce délai peut repousser leur mise en liberté sous condition, ou pis encore, entraîner une libération sans les traitements et programmes nécessaires afin d'augmenter leurs chances de réussite dans la collectivité.

Selon les témoignages entendus, le SCC trouve particulièrement difficile d'attirer et de retenir des professionnels de la santé, difficulté qui peut être attribuée à différents facteurs, dont :

- La pénurie de ressources humaines dans le système de santé en général<sup>142</sup>;
- L'environnement complexe et difficile des pénitenciers résultant, entre autres, du profil de la clientèle correctionnelle;
- L'emplacement des établissements<sup>143</sup>;

141	Voir notamment les témoignages de Marc-Arthur Hypolite, sous-commissaire principal, SCC, 5 novembre 2009 et de Howard Sapers, enquêteur correctionnel du Canada, Bureau de l'enquêteur correctionnel, 6 juin 2009.
142	Gail Czukar, vice-présidente exécutive, Politiques, éducation et promotion de la santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale, <i>Témoignages</i> , 29 octobre 2009.
143	Il convient de noter que bon nombre des lieux de travail du SCC sont situés à l'extérieur des grands centres urbains. Service correctionnel du Canada, <i>Plan stratégique pour la gestion des ressources humaines, 2009-2010 à 2011-2012</i> , 2010. Voir également Don Head, commissaire, SCC, <i>Témoignages</i> , 11 juin 2009.

comparativement aux autres délinquants<sup>139</sup>. Pour endiguer cette tendance, le SCC doit s'assurer que les délinquants reçoivent les traitements et les programmes adaptés à leurs besoins et obtiennent un soutien adéquat dans la collectivité. Voici ce qu'a souligné, Graham Stewart, ancien directeur général de la Société John Howard du Canada, à ce sujet :

[S]i nous ne faisons rien pour changer les choses, que nous n'arrivons pas à produire des traitements efficaces et que nous n'offrons pas un soutien adéquat aux personnes qui réintègrent la collectivité, étant aussi vulnérables qu'elles le sont et avec toutes les difficultés qu'elles vivent au jour le jour, vous pouvez être sûrs qu'elles vont se retrouver derrière les barreaux avant longtemps, et pas nécessairement pour des crimes graves.<sup>140</sup>

Pour augmenter les chances de réussite des délinquants et protéger la sécurité du public, le Comité conclut que le SCC doit renforcer immédiatement les services correctionnels communautaires. Il doit aussi travailler à la création de relations avec les programmes publics extérieurs susceptibles d'offrir des services de traitement et de soutien adéquats aux délinquants libérés sous condition.

À la lumière de ces observations, le Comité recommande :

#### RECOMMANDATION 64

**Que le Service correctionnel du Canada augmente le nombre de lits dans les maisons de transition pour hommes et femmes afin d'en avoir un nombre suffisant dans chaque province et territoire.**

Comme de nombreux témoins, le Comité estime également que la transition entre la détention et le milieu communautaire serait grandement facilitée par la mise en œuvre de pratiques correctionnelles favorisant la participation des familles, des amis et des groupes communautaires en milieu correctionnel. La participation des personnes et des groupes capables de fournir des services communautaires adéquats et d'appuyer les délinquants afin qu'ils puissent prendre le contrôle de leur vie et de leur santé constitue, selon le Comité, un élément important de la réinsertion sociale réussie des délinquants. Le Comité recommande donc :

#### RECOMMANDATION 65

**Que le Service correctionnel du Canada encourage et multiplie les visites familiales et les contacts avec la famille, les amis et la collectivité.**

139 Johanne Vallée, Service correctionnel du Canada, sous-commissaire, Région du Québec, *Témoignages*, 23 mars 2010.

140 Graham Stewart, *Témoignages*, 27 octobre 2009.



Le Comité estime que ce genre de pratiques reconnaît l'importance de la relation parent-enfant, tant pour le bien-être et la santé mentale de la mère et du père que pour celle de l'enfant. Cela étant dit, pour toutes décisions concernant des enfants, le SCC doit continuer à garantir que leur sécurité, leur santé et leur développement ne sont pas compromis.

À la lumière de ces considérations, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 62

Que le Service correctionnel du Canada mette sur pied un programme d'habiletés parentales pour les détenus en établissant des partenariats avec des organismes communautaires et gouvernementaux. Cette approche pourrait comprendre une formation en éducation des enfants des divers groupes d'âge, la gestion des conflits, les visites familiales de fin de semaine, l'amélioration de la capacité de lecture des enfants et l'augmentation du nombre des unités carcérales accueillant les mères et leurs enfants.

Enfin, le Comité est conscient que le SCC administre actuellement cinq programmes destinés aux délinquants sexuels — trois programmes nationaux à intensité élevée, modérée et faible, le programme Tupiq sensible à la culture inuite et le programme destiné aux délinquantes sexuelles. Des témoins ont néanmoins affirmé que les programmes actuels ne conviennent pas aux délinquants sexuels confrontés à des troubles concomitants. Le Comité recommande donc :

## RECOMMANDATION 63

Que le Service correctionnel du Canada élabore et réalise des programmes de base à l'intention des délinquants sexuels qui présentent des retards de développement, des troubles bipolaires ou des affections semblables et auxquels les programmes de base existants ne conviennent pas.

## 5.12 ASSURER LA TRANSITION EN TOUTE SÉCURITÉ EN RÉDUISANT LE RISQUE DE RÉCIDIVE

Dans sa déclaration liminaire, M. Livingston, a noté que « la transition entre la détention et la vie en société peut être une source importante de stress et de détresse psychologique » pour les délinquants confrontés à des troubles de santé mentale. Pour pallier cette détresse et favoriser le rétablissement de ces détenus, les recherches démontrent que les services correctionnels doivent leur fournir des plans de transition comprenant des indications claires sur les ressources offertes dans la collectivité et veiller, le cas échéant, à ce que les délinquants reçoivent des médicaments en quantité suffisante pour répondre à leurs besoins jusqu'à ce qu'ils rencontrent un fournisseur de soins de santé communautaires.

Selon les statistiques présentées pour la région du Québec, deux fois plus de délinquants confrontés à des troubles mentaux récidivent suivant leur libération,



mère subissent des troubles du développement et des problèmes émotionnels à long terme<sup>137</sup> ».

Pour contrer les effets néfastes de l'emprisonnement sur les enfants, plusieurs pays ont élaboré des programmes correctionnels mère-enfant. Plusieurs programmes prévoient que les bébés nés en prison demeurent avec leur mère pendant un certain temps. D'autres programmes permettent également aux mères incarcérées d'accueillir leurs jeunes enfants sous certaines conditions. Le SCC a mis en place un programme mère-enfant en 1996-1997. Ce programme a longtemps été présenté à titre de projet pilote; il a été créé officiellement par le SCC en 2001.

La directive du Commissaire n° 768 précise que ce programme vise à susciter un milieu favorisant le maintien et le développement de la relation mère-enfant. Selon cette directive, le SCC distingue deux paliers de participation au programme, à savoir la cohabitation à temps plein et la cohabitation à temps partiel — séjour de l'enfant durant les fins de semaine, les jours fériés ou les vacances scolaires. L'âge maximal pour la cohabitation à temps plein est fixé à quatre ans (au moment du quatrième anniversaire); l'âge maximal pour la cohabitation à temps partiel est fixé à 12 ans inclusivement. Cependant, une dérogation à cette règle peut être envisagée suivant une demande écrite; la demande doit être approuvée par la sous-commissaire pour les femmes et le sous-commissaire régional.

Selon la directive du Commissaire, le directeur de l'établissement doit s'assurer que toutes les décisions sont prises en fonction du meilleur intérêt de l'enfant, y compris sa sécurité et son bien-être physique, affectif et spirituel. L'ancienne sous-commissaire pour les femmes, M<sup>me</sup> Van Allen, a aussi noté que le directeur consulte habituellement les autorités compétentes en matière de protection de l'enfance avant la prise de décisions qui touchent les enfants des détenues.

Quoique le programme soit actuellement offert dans les cinq établissements correctionnels pour femmes, une seule détenue y était inscrite en date du 5 novembre 2009<sup>138</sup>. D'ailleurs, M<sup>me</sup> Van Allen a souligné que peu de femmes en ont tiré profit depuis sa mise en œuvre. Le Comité espère que le SCC profitera au maximum de ce programme à l'avenir afin d'encourager les délinquantes sous sa responsabilité à assumer leur rôle de mère pendant l'incarcération et de les aider à le faire.

En discutant avec des détenus, le Comité a aussi constaté que plusieurs sont aussi pères de famille. À ce titre, le SCC doit également les aider à assumer leurs responsabilités parentales, soit en leur fournissant des programmes d'habiletés parentales, soit en encourageant les visites des enfants.

---

137 Organisation mondiale de la santé, *La santé des femmes en milieu carcéral. Éliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons*, 2009, paragr. 20.

138 *Témoignages*, 5 novembre 2009.

détenus<sup>135</sup>. Enfin, la société dans son ensemble bénéficierait également de ces programmes puisque la participation des détenus leur permet d'acquérir des compétences utiles au marché du travail et ferait décroître la récidive criminelle<sup>136</sup>.

Les programmes de zoothérapie ont fait leurs preuves, et l'ensemble des détenus y participant estiment que ces programmes comportent des avantages indiscutables sur le plan humain. Par conséquent, le Comité comprend mal la décision du SCC de mettre un terme au programme des fermes pénitentiaires d'ici au 31 mars 2011. Comme bon nombre de témoins, le Comité est convaincu que le SCC fait fausse route; il est plutôt d'avis que le SCC doit accroître le nombre de programmes fondés sur la zoothérapie.

À la lumière de ces considérations, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 60

Que le Service correctionnel du Canada rétablisse le programme des fermes pénitentiaires qui demeure non seulement un bon outil de réhabilitation, mais aussi de zoothérapie.

## RECOMMANDATION 61

Que le gouvernement fédéral, sachant qu'il est essentiel de préparer les détenus à leur réinsertion sociale, reconnaisse les besoins uniques en matière de réadaptation des délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et mette davantage l'accent sur les programmes de réadaptation où les délinquants travaillent avec des êtres vivants (dont le programme de prisons agricoles de CORCAN) qui, comme le montre la recherche, ont un effet calmant et réparateur chez les détenus et les aide à acquérir les qualités qui font souvent défaut aux délinquants, comme l'estime de soi, le respect et l'empathie, ainsi que les aptitudes de vie essentielles comme le sens des responsabilités, la fiabilité et le travail d'équipe et que le Service correctionnel du Canada examine et mette en œuvre des programmes de zoothérapie et d'élevage d'animaux à des fins thérapeutiques.

Les femmes incarcérées dans les établissements provinciaux ou fédéraux sont souvent mères de famille. Selon le SCC, environ les deux tiers des femmes qui relèvent de sa responsabilité ont des enfants de moins de cinq ans; la plupart sont chefs de famille monoparentale. L'incarcération de ces femmes touche grandement leurs enfants. Des recherches ont d'ailleurs démontré que « les jeunes enfants séparés de force de leur

- |     |  |     |   |
|-----|--|-----|---|
| 135 | Bureau de la sous-commissaire pour les femmes, <i>La zoothérapie dans les établissements correctionnels</i> , 1998 : <a href="http://www.csc-cc.gc.ca/text/prgrm/fsw/pet/pe-tfra.shtml">http://www.csc-cc.gc.ca/text/prgrm/fsw/pet/pe-tfra.shtml</a> . | 136 | Earl O. Strimble, "A History of Prison Inmate-Animal Interaction Programs", <i>American Behavioral Scientist</i> , vol. 47, n° 1, septembre 2003. |
|-----|--|-----|---|

profiter au maximum de la période d'incarcération pour transmettre aux délinquants les outils nécessaires à leur réinsertion sociale réussie dans la collectivité en tant que citoyens respectueux des lois et pour lutter contre la monotonie. Le Comité recommande

donc :

## RECOMMANDATION 59

Que le Service correctionnel du Canada utilise davantage les salles d'artisanat et les ateliers de travail et élargisse l'éventail et le nombre de programmes créatifs, récréatifs, artistiques et musicaux et autres programmes thérapeutiques.

Pendant l'examen, des délinquants participants ou qui ont déjà participé à des programmes fondés sur les principes de la zoothérapie ont donné de très beaux témoignages sur certains programmes du SCC. Il faut noter, entre autres, le programme équin du pavillon de ressourcement Okimaw Ohci, situé dans la Première nation Necaneet à Maple Creek en Saskatchewan, et le programme des fermes pénitentiaires actuellement offert dans six établissements correctionnels exploités par le SCC<sup>132</sup>.

En règle générale, les recherches tendent à démontrer que l'attachement à un animal a des conséquences positives sur l'être humain sur le plan physique, psychologique et émotionnel<sup>133</sup>. Les programmes fondés sur la zoothérapie pourraient notamment minimiser la dépression et l'anxiété, favoriser le développement de l'estime de soi, l'apprentissage de la compassion et d'aptitudes sociales diverses — respect des autres, discipline et sens de la responsabilité. En milieu correctionnel, l'interaction avec les animaux aurait par ailleurs un effet calmant sur les détenus et le personnel, et contribuerait à une atmosphère plus détendue et propice à la réhabilitation. Un document d'évaluation du programme de dressage de chiens de l'établissement pour femmes Nova, souligne que cela « permet aux délinquantes d'assumer une responsabilité importante. Le programme les aide à développer leur estime de soi, provoque des changements positifs dans le milieu carcéral et modifie la façon dont la collectivité considère les délinquantes de l'établissement Nova<sup>134</sup> ».

Une analyse documentaire réalisée par le SCC conclut que les programmes de zoothérapie procurent non seulement des avantages aux participants — amélioration de leur comportement et apprentissage de la discipline, sens de la coopération et respect des autres —, mais également au personnel des établissements correctionnels puisque la présence d'animaux détend l'atmosphère et favorise la communication avec les

- |     |   |
|-----|---|
| 132 | Le SCC offre également un programme de dressage de chiens <i>Pawsitive Directions Canine Program</i> (PDCP) à l'établissement pour femmes Nova depuis 1996.   |
| 133 | Voir entre autres Wendy G. Turner, <i>The experience of offenders in a prison canine program</i> , <i>Federal Probation</i> , vol. 71, n° 1, juin 2007; Fournier et al., "Human-Animal Interaction in a Prison Setting: Impact on Criminal Behavior, Treatment Progress, and Social Skills", <i>Behavior and Social Issues</i> , 16, 2007, p. 89-105. |
| 134 | Kelly Richardson-Taylor et Kelley Blanchette, <i>Résultats d'une évaluation du programme de dressage de chiens Pawsitive Directions offert à l'établissement Nova pour femmes</i> , Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, septembre 2001.   |



d'améliorer l'accès aux programmes correctionnels pour l'ensemble des détenus sous sa responsabilité et de réduire le taux d'abandon. Le SCC a bon espoir que le MPCJ :

- fera en sorte que les délinquants auront accès à des programmes beaucoup plus rapidement au cours de leur peine;
- permettra au SCC d'admettre un plus grand nombre de délinquants à des programmes de façon continue;
- aidera le SCC à s'assurer que les délinquants accèdent rapidement aux programmes et qu'ils les complètent avec succès.

Le Comité espère que les efforts du SCC seront fructueux; les détenus pourront ainsi bénéficier des programmes prévus dans leur plan correctionnel en temps voulu. Pourtant, le Comité est d'avis que cette seule démarche est insuffisante. De même que plusieurs témoins, le Comité conclut que sans une augmentation substantielle du budget alloué aux programmes correctionnels, le SCC ne pourra pas intervenir de façon adéquate en ce qui touche la réinsertion sécuritaire des délinquants dans la collectivité.

Étant donné que le budget du SCC alloué aux programmes correctionnels ciblant les facteurs criminogènes est actuellement insuffisant, le Comité :

## RECOMMANDATION 57

**Que le Service correctionnel du Canada augmente substantiellement le budget alloué aux programmes correctionnels ciblant les facteurs criminogènes, dont la toxicomanie et les troubles mentaux.**

Afin de maximiser les investissements dans les programmes correctionnels et de favoriser ainsi le rétablissement des détenus, le Comité estime que le SCC devrait faire davantage appel à des pairs-conseillers. Cette approche s'était sur la participation de détenus pour amener des changements parmi d'autres détenus confrontés à des troubles similaires. C'est une méthode qui peut s'avérer très efficace en termes de réhabilitation. Par ailleurs, l'accent mis sur les pairs-conseillers pourrait contribuer au renforcement de la capacité du SCC de répondre aux besoins des délinquants en matière de santé mentale et de toxicomanie. Le Comité recommande donc :

## RECOMMANDATION 58

**Que le Service correctionnel du Canada assure la formation et augmente la mise à l'œuvre des pairs-conseillers.**

**5.11.2 Élargir l'éventail des programmes offerts aux détenus sous responsabilité fédérale**

Le Comité appuie l'ensemble des programmes en place au sein du système correctionnel fédéral. Or, il ressort des témoignages des détenus, des agents correctionnels et des professionnels que le SCC devrait élargir l'éventail des programmes correctionnels. Dans le même ordre d'idées, le Comité convient avec les témoins qu'il faut



dans la collectivité en tant que citoyens respectueux des lois. Sur ce point, des recherches ont démontré que les programmes correctionnels visant les facteurs criminogènes permettent de réduire efficacement la récidive. Il s'agit d'ailleurs d'un investissement intelligent. Selon des documents internes, pour chaque dollar investi dans des programmes correctionnels, le SCC économise quatre dollars en coûts d'incarcération.<sup>128</sup>

Le SCC s'appuie actuellement sur plusieurs programmes correctionnels, dont le programme de gestion de la colère, de prévention de la violence et de traitement de la délinquance sexuelle et de la toxicomanie. Selon des témoignages entendus au Canada, à Oslo et à Londres, le SCC est un chef de file dans ce domaine. Aussi, bon nombre de programmes offerts dans les prisons norvégiennes, anglaises et galloises s'inspirent des programmes du SCC.

Comme il a été mentionné auparavant, même si tous les établissements du SCC offrent des programmes correctionnels, plusieurs délinquants n'y ont pas accès en temps opportun — ressources humaines ou financières insuffisantes ou manque d'espace. Dans tous les établissements visités, de longues listes d'attente existent pour accéder aux programmes. Selon l'enquêteur correctionnel, 13 353 hommes et femmes se trouvaient dans les établissements correctionnels fédéraux le 10 mai 2009 : de ce nombre, 3 190 étaient inscrits à des programmes correctionnels de base. « C'est donc dire que, dans toutes les régions, il y avait des dizaines et des dizaines de délinquants qui attendaient de participer à des programmes et dont les besoins définis dans leur plan correctionnel restaient insatisfaits<sup>129</sup>. »

### 5.11.1 Augmenter immédiatement le financement alloué au programme

Actuellement, le SCC dépense environ 37 millions de dollars par année pour les programmes correctionnels : coûts de formation, de contrôle de la qualité, de gestion et d'administration.<sup>130</sup> Au total, les programmes correctionnels ciblant les facteurs criminogènes absorbent seulement de 2 à 2,7 % du budget. Bon nombre de témoins ont déploré cette situation, soulignant que sans un financement plus important, le SCC pourra difficilement faciliter l'accès des détenus aux programmes susceptibles de combler les carences sociales à l'origine de leur criminalité.

Lors de son témoignage à Ottawa, le sous-commissaire du SCC, Marc-Arthur Hypolite, a informé le Comité que le SCC a récemment reçu des fonds additionnels<sup>131</sup> pour la mise en œuvre d'un nouveau Modèle de programmes correctionnels intégré (MPCI). Le MPCI est à l'essai dans la région du Pacifique depuis janvier 2010. Tout comme d'autres représentants du SCC qui ont comparu devant le Comité, il s'est dit confiant que la mise en œuvre prochaine de ce cadre modularisé permettra au SCC

128 Ivan Zinger, *Témoignages*, 2 juin 2009.

129 Howard Sapers, *Témoignages*, 2 juin 2009.

130 Ivan Zinger, *Témoignages*, 2 octobre 2009.

131 Il a noté que le SCC prévoit investir jusqu'à « concurrence de 5 millions de dollars l'an prochain et de 5 millions de dollars l'année suivante » *Témoignages*, 5 novembre 2009.

## 5.10.4 Un processus d'arbitrage indépendant propre à remédier aux problèmes d'imputabilité et de transparence du Service correctionnel du Canada

La *Charte canadienne des droits et libertés* (ci-après la *Charte*) joue un rôle important dans le domaine correctionnel surtout en ce qui a trait à la protection de l'intégrité des détenus. De nombreuses dispositions de la *Charte* ont d'ailleurs été intégrées à la LSCMLC, de manière à veiller au respect des droits humains. En vertu de la LSCMLC, le SCC doit aussi assurer une garde et un traitement humain à sa clientèle correctionnelle. Une telle garantie revêt une importance particulière en milieu correctionnel puisqu'il s'agit d'une clientèle vulnérable.

Des études d'envergure<sup>127</sup> et de nombreuses recommandations ont été faites à l'effet que le SCC devrait recourir à un processus d'arbitrage indépendant pour examiner les placements de détenus en isolement préventif. Cependant, ni le SCC, ni le ministre n'ont donné suite à ces recommandations. Le Comité est déçu que le SCC ait choisi de passer outre aux recommandations d'experts du domaine correctionnel. Ce mécanisme indépendant est nécessaire afin d'assurer la transparence des décisions du SCC et de relever toute violation des droits humains de ces détenus. En l'absence de ce mécanisme, le Comité craint qu'il y ait des abus. Par conséquent, le Comité recommande :

### RECOMMANDATION 56

Que le Service correctionnel du Canada mène sans tarder un examen indépendant des cas d'isolement préventif à long terme et fasse valider et évaluer le processus d'examen de ces cas par un organisme externe indépendant.

## 5.11 RECONNAÎTRE L'IMPORTANCE DES PROGRAMMES CORRECTIONNELS POUR LE RÉTABLISSEMENT ET LA RÉINSERTION SÉCURITAIRE DES DÉLINQUANTS

Tous s'entendent pour dire que la société dans son ensemble y gagne si les services correctionnels répondent de façon appropriée aux besoins des délinquants placés sous leur responsabilité. Parmi ces besoins, il faut noter les troubles de santé mentale, de toxicomanie ou tout autre problème qui affecte leur capacité de fonctionner

127

Après l'adoption de la LSCMLC, le processus d'isolement des détenus fédéraux a été étudié par Madame la Juge Arbour dans son rapport d'enquête de 1996 sur certains événements survenus à la prison des femmes de Kingston. En 2000, le Sous-comité sur la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition du Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a publié un rapport intitulé *En constante évolution — La Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. En 2004, la Commission canadienne des droits de la personne a publié son rapport *Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*. En 2004, le Bureau de l'enquêteur correctionnel a publié un document de travail intitulé *Changement d'orbite — Les droits de la personne, l'examen indépendant et la responsabilisation au sein du système correctionnel canadien*. En 2006, les Nations Unies formulaient des recommandations sur le processus d'isolement dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

mesure du possible, le traitement de ces derniers dans un environnement de soins de santé.

### 5.10.3 À la recherche de solutions novatrices

Le Comité a pu constater, en Norvège comme en Angleterre, que l'isolement est aussi perçu comme un mal nécessaire en situation de crise. En Angleterre toutefois, le délinquant est systématiquement examiné avant d'être placé en isolement. Cette évaluation permet de déceler des troubles sous-jacents de la santé mentale et s'avère une pratique prometteuse et essentielle au bien-être des délinquants atteints de troubles mentaux. L'Angleterre et le pays de Galles ont aussi mis sur pied un centre de surveillance étroite pour accueillir les détenus dangereux et perturbateurs qui refusent de se conformer aux règles carcérales ou éprouvent de la difficulté à le faire. Autrement, ils seraient placés en isolement pendant de longues périodes. Pendant la visite, le Comité a pu se rendre compte que ces centres adoptent une approche humaine de la gestion des cas difficiles et favorisent davantage la réhabilitation des délinquants. Au cours de son examen, le Comité a également appris que certaines prisons anglaises et galloises gèrent leur population correctionnelle sans jamais avoir recours à l'isolement cellulaire.

Johanne Vallée, sous-commissaire au SCC pour la région du Québec, a noté qu'un comité consultatif régional a été créé afin d'éviter l'isolement de longue durée. Lorsque le délinquant ne veut pas quitter l'isolement, un programme de pair à été mis sur pied comme solution de rechange. Dans certains centres, la docteure Ruth Martin a aussi expliqué qu'on place les délinquants dans des unités spéciales plutôt qu'en isolement. Cela permet aux délinquants de bénéficier des interventions quotidiennes offertes par des conseillers, des infirmières spécialisées en psychiatrie et des intervenants de la collectivité.

Le Comité est convaincu que les établissements correctionnels ayant recours à des solutions novatrices plutôt qu'à l'isolement cellulaire offrent un environnement plus propice au rétablissement des détenus qui souffrent de troubles mentaux. Tous les détenus devraient tirer avantage d'un environnement thérapeutique axé sur le bien-être et une bonne santé mentale. Le Comité encourage donc le SCC à trouver des solutions de rechange à l'isolement.

À la lumière de ces considérations, le Comité recommande :

### RECOMMANDATION 55

Que le Service correctionnel du Canada (SCC) se penche sur la question de la pratique d'isolement des détenus atteints de troubles mentaux afin de développer des solutions alternatives pour ce genre de clientèle. Pour cela, le SCC doit tenir compte des opinions des directeurs d'établissement, des employés de première ligne, notamment les agents correctionnels, et des meilleures pratiques des autres pays qui ont réussi à réduire le recours à l'isolement.



comme substitut aux soins intermédiaires en santé mentale ne peut être justifiée en aucun cas<sup>126</sup>. Le Comité recommande donc :

#### RECOMMANDATION 51

Que le Service correctionnel du Canada accepte en priorité dans les unités de soins intermédiaires (nouvellement créées par la recommandation 26 du Comité) les détenus atteints de troubles mentaux qui normalement seraient transférés en isolement préventif pour les protéger des autres détenus.

Le Comité est aussi très préoccupé par les délinquants placés en isolement afin de gérer leur comportement autodestructeur—tentatives de suicide et incidents d'automutilation. On a dit que le fait de priver le détenu de tout contact humain nuit grandement aux efforts de réadaptation et contribue à exacerber le comportement suicidaire et d'automutilation. Le Comité encourage le SCC et ses employés à utiliser à priori des méthodes d'intervention propres à calmer le délinquant.

Le Comité convient avec le rapport de l'enquêteur correctionnel, *Une mort évitable*, que l'isolement préventif ne devrait jamais servir de sanction ou de moyen de contourner le régime d'isolement disciplinaire. Étant donné que le placement en isolement préventif n'est pas une mesure punitive, le délinquant doit bénéficier des mêmes droits, privilèges et conditions de détention que les autres détenus.

Le Comité recommande donc :

#### RECOMMANDATION 52

Que le Service correctionnel du Canada s'assure que l'isolement préventif soit réservé à des situations très particulières, qu'il soit régi par des règles très strictes et soit utilisé uniquement comme dernier recours.

#### RECOMMANDATION 53

Que le Service correctionnel du Canada (SCC) s'assure que l'isolement préventif, quand le SCC y a recours, soit utilisé sous sa forme la plus modérée, pour la plus courte durée possible, et de façon progressive afin d'obtenir le résultat voulu.

#### RECOMMANDATION 54

Que le Service correctionnel du Canada reconnaisse que l'isolement préventif ne convient pas aux traitements des délinquants qui présentent un diagnostic de troubles mentaux et que les contacts humains sont essentiels à leur rétablissement et favorise, dans la



Le Comité s'inquiète de ce que le SCC tarde à instaurer des unités de santé mentale intermédiaires qui permettraient de prendre en charge ces individus dans des unités adaptées à leurs besoins. Le Comité est convaincu, comme les témoins, que la mise en place de ces unités comblerait de graves lacunes dans la gestion de cette clientèle. Cette démarche procurerait un endroit sécuritaire aux délinquants qui demandent l'isolement cellulaire parce qu'ils ne se sentent pas en sécurité parmi les autres détenus. Les unités serviraient aussi aux délinquants qui ne satisfont pas aux critères d'admissions à un CRT et qui doivent rester en milieu carcéral, où les ressources en santé mentale sont très limitées. Pour ce qui est des délinquants qui reviennent d'un séjour dans un CRT, ces unités favoriseraient une transition graduelle et sécuritaire entre les interventions thérapeutiques et cliniques du CRT et leur retour parmi la population correctionnelle générale. Au dire de l'enquêteur correctionnel, l'utilisation de l'isolement

sur le traitement et l'intervention. de la maladie provoque des décisions fondées sur la sécurité et la répression, plutôt que les autres détenus. Dans ces cas, l'incapacité du personnel à reconnaître les symptômes irrationnel, impulsif et compulsif sont impliqués dans des altérations avec le personnel et Plusieurs délinquants atteints de troubles mentaux qui adoptent un comportement

## 5.10.2 L'isolement préventif par défaut

déterminer si le maintien de cette mesure est justifié. examiner le cas du détenu en isolement préventif après 60 jours d'isolement afin de de la région ou un agent de l'administration régionale du SCC désigné doit également les cinq jours ouvrables de l'ordonnance et par la suite à tous les 30 jours. Un responsable d'isolement préventif, un comité de réexamen au sein du SCC doit tenir une audition dans est en isolement préventif volontairement. Lorsque le directeur confirme l'ordonnance parmi la population carcérale. Cette même obligation s'applique dans les cas où le détenu directeur doit confirmer l'ordonnance d'isolement ou d'ordonner que le détenu retourne Règlement). Le Règlement prévoit que le jour suivant la mise en isolement préventif, le Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous conditions (ci-après le examen périodique aux termes de l'article 33 de la LSCMLC et des articles 19 à 23 du Il convient de noter que le placement en isolement préventif doit faire l'objet d'un

libération d'un délinquant en raison de l'interruption des programmes correctionnels. à des périodes prolongées d'isolement et de privation, car cela n'est ni sécuritaire, ni humain<sup>125</sup> ». En outre, une longue période d'isolement peut retarder la réadaptation et la qu'« [l'] faut mettre fin à la pratique d'exposer les délinquants atteints de troubles mentaux santé augmentent avec le temps; le Comité convient avec l'enquêteur correctionnel pendant 60 jours ou plus. Il a été démontré à maintes reprises que les risques pour la avoue être troublé par le nombre excessif de détenus placés en isolement préventif souvent sur de longues périodes. Dans son rapport 2008-2009, l'enquêteur correctionnel les autres détenus<sup>124</sup>. Des témoins ont déploré que l'isolement préventif se prolonge trop

Que le Service correctionnel du Canada crée du matériel de formation en matière de santé mentale qui soit accessible sur un support électronique de sorte que les employés qui travaillent dans le milieu correctionnel puissent consulter l'information à tout moment, au travail ou même à la maison.

## 5.10 L'USAGE INAPPROPRIÉ DE L'ISOLEMENT PRÉVENTIF

Bien que l'isolement préventif ait été présenté comme un outil essentiel à la gestion de crises, le Comité a appris que le SCC y a trop souvent recours pour gérer des délinquants atteints de troubles mentaux.

### 5.10.1 Le cadre législatif

La LSCMLC autorise le SCC à utiliser deux types d'isolement : l'isolement disciplinaire et l'isolement préventif. L'isolement disciplinaire est une forme sévère de punition qui peut être imposée aux détenus coupables d'une infraction disciplinaire grave<sup>120</sup>. C'est la sanction la plus lourde autorisée aux termes de la LSCMLC. Sa durée est limitée à 30 jours, bien que des infractions disciplinaires multiples puissent entraîner un isolement d'un maximum de 45 jours<sup>121</sup>.

L'isolement préventif est une mesure de dernier recours qui a pour but d'empêcher un détenu d'entretenir des rapports avec les autres détenus<sup>122</sup>. Une ordonnance d'isolement préventif ne peut être rendue qu'en conformité avec l'un ou l'autre des trois motifs suivants :

- Afin de prévenir un comportement qui risque de compromettre la sécurité d'une personne ou du pénitencier, y compris les employés et les autres détenus;
- Afin de prévoir le bon déroulement d'une enquête pouvant mener à une accusation d'infraction criminelle ou d'infraction disciplinaire grave visée au paragraphe 41(2);
- Afin de prévenir des sévices au détenu qui ne serait pas en pleine sécurité au sein de l'ensemble de la population correctionnelle.<sup>123</sup>

À l'encontre de l'isolement disciplinaire, la durée de l'isolement préventif ne comporte pas de limite, quoique la LSCMLC stipule que le détenu doit rejoindre au plus tôt

120 Les infractions disciplinaires se retrouvent à l'article 40 de la LSCMLC.

121 Article 44 de la LSCMLC et article 40 du Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition.

122 Articles 31 à 37 de la LSCMLC.

123 Paragr. 31(3) de la LSCMLC.

avec l'enquêteur correctionnel que le SCC doit reconnaître l'importance de la formation en matière de santé mentale en donnant immédiatement une formation adaptée au personnel des CRT.

Le Comité estime que le SCC doit aussi dispenser au plus tôt une formation améliorée destinée au personnel qui travaille tous les jours avec les détenus des établissements correctionnels traditionnels. La formation du personnel doit miser sur la reconnaissance des indices verbaux et comportementaux qui indiquent un trouble de santé mentale et sur la mise en œuvre de réponses adaptées aux besoins des délinquants.

À la lumière de ces observations, et comme la formation du personnel est au cœur d'une gestion efficace et humaine des délinquants atteints de troubles mentaux et de toxicomanie, le Comité recommande :

#### RECOMMANDATION 48

Que le Service correctionnel du Canada fasse de ses initiatives de formation en santé mentale l'une de ses priorités de façon à ce que tous les employés de première ligne puissent se familiariser avec les symptômes de la maladie mentale et les modes d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux.

#### RECOMMANDATION 49

Que le Service correctionnel du Canada mette en œuvre une formation spécialisée en matière de santé mentale s'adressant aux agents correctionnels qui travaillent dans les unités de santé mentale ou les centres régionaux de traitement en santé mentale.

Enfin, conscient des limites de la formation traditionnelle qui s'accompagne généralement de matériel de formation sur support papier, Glenn Thompson, secrétaire du Conseil, Commission canadienne de la santé mentale, a suggéré la création d'un outil de formation électronique que pourraient consulter à tout moment les employés du SCC. Voici ce qu'il a soutenu :

Il faudrait que de nos jours, il y ait un outil électronique en ligne pour les services correctionnels, qui puisse être consulté à tout moment, au travail ou même à la maison, pas de tout ce qu'ils ont appris lors d'une formation de deux semaines, de trois mois, ou peu importe, et ils ont besoin de pouvoir revenir sur la matière et d'y songer à mesure qu'ils prennent de l'expérience. Aujourd'hui, ils ont peut-être eu à superviser une personne schizophrène. Ils voudront peut-être se renseigner sur le sujet et en apprendre davantage sur la marche à suivre dans ces situations.<sup>119</sup>

Le Comité est d'accord avec M. Thompson et juge qu'un tel outil est susceptible d'améliorer les interventions des agents correctionnels. Le Comité recommande donc :



Que le gouvernement fédéral applique l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus des Nations Unies, dont le gouvernement du Canada s'est engagé à respecter, lequel dicte : « Les cellules ou chambres destinées à l'isolement nocturne ne doivent être occupées que par un seul détenu » puisqu'il est bien connu que la double occupation des cellules et la surpopulation exacerbent les problèmes de santé mentale et de toxicomanie des détenus et nuisent à leur capacité de réadaptation et de réinsertion sociale.

## 5.9 LES LACUNES DE LA FORMATION DU PERSONNEL EN MILIEU CORRECTIONNEL

La formation du personnel est reconnue dans la Stratégie du SCC en matière de santé mentale comme un élément essentiel à la prestation de services et de programmes qui répondent aux besoins des délinquants atteints de troubles mentaux. Selon le rapport 2008-2009 de l'enquêteur correctionnel, le SCC aurait récemment fait des progrès à ce chapitre avec la mise en œuvre d'une nouvelle trousse de formation sur la santé mentale destinée au personnel de première ligne<sup>116</sup>. Le SCC a également informé le Comité qu'il a récemment mis sur pied une formation de deux jours sur la santé mentale pour le personnel des bureaux de libération conditionnelle et des maisons de transition. Malgré ces initiatives prometteuses, bon nombre des témoins, y compris des employés du SCC, ont fait valoir que les réalisations du SCC dans ce domaine sont insatisfaisantes.

Le Comité n'a pas examiné en détail le contenu de la formation actuellement offerte aux employés du SCC. Cependant, les témoignages indiquent que les agents correctionnels travaillant jour après jour avec les détenus sous responsabilité fédérale, malgré les meilleures intentions du monde, ne sont pas en mesure de reconnaître les symptômes des troubles mentaux et de la maladie mentale. Ils auraient donc du mal à composer avec les comportements incohérents associés aux troubles mentaux, et ne parviendraient pas à répondre de façon appropriée aux besoins des délinquants en cause<sup>117</sup>. En fait, certains témoins, dont l'enquêteur correctionnel, ont noté que les comportements compulsifs et irrationnels associés aux troubles mentaux sont souvent interprétés comme des gestes de violence et mènent à des interventions axées sur la sécurité plutôt que sur le traitement<sup>118</sup>. Comme le souligne la prochaine section, l'isolement cellulaire s'avère couramment la solution par défaut dans ce cas.

Étant donné l'importance de la formation dans la gestion de cette clientèle correctionnelle, le Comité a été surpris d'apprendre que les agents correctionnels des CRT ne reçoivent pas une formation spécialisée. En règle générale, le Comité convient

116 Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2008-2009, 29 juin 2009.

117 Voir, entre autres, le témoignage de Howard Sapers, 2 juin 2009.

118 Ivan Zinger, *Témoignages*, 2 juin 2009.



112	Service correctionnel du Canada, Directive du commissaire n° 550 Logement des détenus, mars 2001.
113	Howard Sapers, Enquêteur correctionnel du Canada, comparution devant le Comité permanent de la Justice et des droits de la personne, 25 mai 2009.
114	<i>Ibid.</i>
115	<i>Témoignages</i> , 2 juin 2009.

À la lumière de ces observations et compte tenu de l'adoption de certains projets de loi qui risquent d'augmenter la population correctionnelle fédérale, le Comité recommande :

Dans les faits, à cause de la composition de la population carcérale, des problèmes de gangs et de maladies mentales, et des préoccupations particulières à l'égard des délinquants ou des autochtones, cette capacité n'est pas disponible au bon endroit et au bon moment. Il y a du surpeuplement, notamment dans les établissements à sécurité moyenne, où la très grande majorité des délinquants passent une très grande partie de leur temps<sup>115</sup>.

En ce moment, le Service correctionnel du Canada a entre 800 et 1 000 cellules vides, un peu partout au Canada. Si on considère la situation de très haut, on peut se dire qu'il y a beaucoup de place et que, si d'autres délinquants sont admis en milieu carcéral, on doit être en mesure de les loger. C'est la conclusion qu'on pourrait tirer.

au sujet de la surpopulation :

Lors de sa comparution, l'enquêteur correctionnel a précisé que le taux de « double occupation » dans les établissements du SCC a considérablement augmenté au cours des dernières années et toucherait aujourd'hui environ 10 % de la population correctionnelle fédérale<sup>113</sup>. En date du 15 février 2009, 1 313 délinquants étaient logés en double occupation dans 657 cellules<sup>114</sup>. Voici ce que l'enquêteur a noté devant le Comité :

- d'amoindrir l'aptitude des administrations correctionnelles à répondre aux besoins des détenus, notamment en matière de soins de santé, de traitement, d'éducation et de formation.
- d'accélérer la progression de certaines maladies et,
- d'augmenter les risques de propagation de maladies infectieuses;
- d'accroître les tensions et la violence et de compromettre la sécurité du personnel, des détenus et des visiteurs;

Conformément à cette règle, les politiques internes du SCC prévoient que l'occupation simple des cellules est la méthode la plus appropriée sur le plan correctionnel pour loger les détenus<sup>112</sup>. Cependant, le SCC ne choisit pas sa clientèle correctionnelle et il lui arrive de déroger à ce principe, comme bien d'autres administrations correctionnelles ici et ailleurs. Une telle dérogation n'est toutefois pas sans conséquence; des études ont en effet démontré que la surpopulation des établissements a pour effet :

#### RECOMMANDATION 43

Que le Service correctionnel du Canada offre un accès suffisant à l'exercice physique à l'extérieur.

#### RECOMMANDATION 44

Que le Service correctionnel du Canada s'assure que toutes les unités psychiatriques se conforment à des normes acceptables, notamment pour ce qui est de la taille des cellules, de l'éclairage, des aires communes, etc.

#### RECOMMANDATION 45

Que le Service correctionnel du Canada réduise, dans la mesure du possible, les obstacles relationnels entre les agents correctionnels et les détenus afin de créer un environnement plus favorable à la réhabilitation.

#### RECOMMANDATION 46

Que le Service correctionnel du Canada fasse en sorte que les établissements carcéraux installent des boîtes à pétitions, où les détenus(es) pourraient déposer des demandes écrites confidentielles adressées aux directeurs des établissements qui auront la responsabilité de répondre à chaque demande raisonnable.

La communauté internationale a pris l'engagement de protéger les droits des personnes détenues en adhérant à de nombreux instruments internationaux des droits de l'homme, dont la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* et l'*Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus* (ERM)<sup>111</sup>. L'ERM est probablement l'obligation internationale la plus largement respectée en matière de droits des détenus. En y souscrivant en 1975, le Canada s'est engagé à appliquer des règles minimales en matière de gestion de sa clientèle correctionnelle. Il a aussi reconnu par le fait même que les détenus conservent l'ensemble de leurs droits humains, à l'exception de leur droit à la liberté de mouvement, et qu'ils doivent en tout temps être traités avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.

La règle numéro neuf de l'ERM stipule que :

Les cellules ou chambres destinées à l'isolement nocturne ne doivent être occupées que par un seul détenu. Si pour des raisons spéciales, telles qu'un encombrement temporaire, il devient nécessaire pour l'administration pénitentiaire centrale de faire des exceptions à cette règle, on devra éviter de loger deux détenus par cellule ou chambre individuelle.

Il est faux de penser que plus un environnement est structuré, plus il est sécuritaire. Ce n'est pas vrai. Plus l'environnement est clos, structuré et autoritaire, plus il est difficile de vivre dans cet environnement, et plus on a tendance à avoir des problèmes de gestion. Il ne s'agit donc pas par conséquent d'un environnement sécuritaire. Il est malheureux de constater que de plus en plus d'établissements se dirigent vers cela : davantage de technologie, une sécurité accrue, mouvements de plus en plus limités — parce que ce qu'on génère en fait, c'est une population très dysfonctionnelle qui constitue une menace pour le personnel.<sup>108</sup>

La plupart des témoins s'entendent également pour dire que le taux de réussite est plus élevé parmi les détenus qui ont des contacts positifs et fréquents avec un personnel qualifié. Les propos tenus par Amber-Anne Christie, ancienne détenue et adjointe de recherche pour le Women in 2 Healing, témoignent de l'importance de l'environnement et de l'aménagement physique des institutions carcérales pour le rétablissement des détenus. Voici ce qu'elle a déclaré au Comité :

L'établissement [Alouette] fonctionnait plus comme un centre de réinsertion sociale qu'une prison. C'était extraordinaire. Non seulement y avait-il une bibliothèque et un gymnase, mais il y avait aussi une personne assignée à qui parler. On pouvait aussi jouer du tambour et danser tous les mardi soirs. Étant moi-même mère, je dois avouer que cela m'a permis de me souvenir de choses auxquelles je renonçais, et je sais que les autres détenus composaient avec leurs problèmes et réagissaient différemment parce qu'il y avait un bébé sur place.

J'ai été libérée de prison en octobre 2005, et je n'y suis pas retournée depuis. Je serais la première à vous dire que cet établissement a changé ma vie. J'ai été dans de nombreux autres établissements auparavant, mais dans cet établissement, j'ai été traitée comme une personne, et non comme un numéro.<sup>109</sup>

Pour la docteure Ruth Martin, la confiance en soi rehaussée des détenus, leur participation aux processus décisionnels et l'accent mis sur leurs atouts plutôt que sur leurs lacunes constituent des éléments essentiels à la réussite des services correctionnels.<sup>110</sup>

Enfin, comme l'atmosphère et l'aménagement des établissements correctionnels sont des composantes essentielles au rétablissement des détenus, en particulier ceux qui souffrent de troubles mentaux et de toxicomanie, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 42

Que le Service correctionnel du Canada développe dans sa mission une vision basée sur des valeurs favorisant une vie saine en établissement et le respect mutuel entre le personnel et les détenus. Ces valeurs devraient être affichées dans toutes les aires communes et révisées régulièrement par le personnel et les détenus.

108 Témoignages, 16 mars 2010.

109 Ibid.

110 Ibid.



délinquants qui demandent un niveau de sécurité élevé. En conséquence, plusieurs délinquants atteints de troubles mentaux seraient pris en charge dans l'Unité spéciale de détention (USD) dans des conditions nocives pour leur santé mentale. D'après le Comité, les détenus d'Archambault devraient avoir accès à des services similaires à ceux qu'offre le centre psychiatrique régional à Saskatoon. Par conséquent, le Comité recommande :

#### RECOMMANDATION 41

Que le Service correctionnel du Canada modernise le Centre régional de santé mentale du pénitencier Archambault en construisant, hors de l'aile actuellement utilisée, une structure à sécurité maximale de soins psychiatriques pour traiter tous les cas de santé mentale. Cette structure pourrait s'inspirer du Centre psychiatrique régional de Saskatoon, et la philosophie de traitement pourrait être basée sur ce qui se fait au Centre de rétablissement Shepody de Dorchester ou à l'établissement Ila en Norvège.

### 5.8 CRÉER UN ENVIRONNEMENT PROPRE AU RÉTABLISSEMENT DES DÉLINQUANTS

L'atmosphère des institutions carcérales visitées en Norvège se démarque de la plupart des institutions visitées au Canada. Des membres du Comité ont d'ailleurs fait remarquer que certains établissements ressemblent davantage à des écoles qu'à des prisons en raison de la couleur des murs, de la présence d'objets d'art (tableaux et sculptures), de l'inscription de textes à caractère poétique dans les corridors et de l'interaction amicale entre gardiens et détenus. Même dans les institutions à sécurité maximale, les gardiens ne portent généralement aucun équipement de sécurité — vestes de Kevlar ou matraques télescopiques — lors des interactions avec les détenus. Les gardiens ont néanmoins accès à une gamme complète d'équipement de sécurité très sophistiqué qu'ils utilisent au besoin; l'équipement est entreposé dans un local sécurisé près des unités de détention.

Dans les établissements correctionnels à sécurité moyenne et maximale exploités par le SCC, les détenus sont habituellement soumis à un emploi du temps rigoureux et à de nombreux services fournis (repas préparé, etc.). En revanche, les détenus incarcérés dans les prisons norvégiennes, y compris dans les établissements à sécurité maximale, sont logés dans des unités où ils doivent nouer des liens et se charger des tâches ménagères, — lessive, aspirateur et cuisine. Cette approche ressemble davantage à celle des établissements à sécurité minimale exploités par le SCC; elle a l'avantage de responsabiliser les détenus, de leur faire mettre en pratique les aptitudes de vie les plus fondamentales et de secouer l'apathie.

En général, le Comité a été impressionné par l'approche qu'a adoptée le système correctionnel norvégien. Il a aussi été étonné d'apprendre que les incidents violents dirigés contre les gardiens de prison sont rarissimes. M<sup>me</sup> Tole, directrice à la retraite du centre correctionnel Alouette en Colombie-Britannique, favorise aussi cette approche. Lors de sa comparution, elle a rappelé au Comité qu'un environnement moins structuré peut être beaucoup plus sécuritaire pour le personnel correctionnel. Voici ce qu'elle a noté :



106	Notes de discours, 16 décembre 2009.
107	Témoignages, 5 novembre 2009.

Le Comité s'inquiète aussi du fait que le centre régional de santé mentale situé dans le périmètre du pénitencier Archambault n'est pas adapté à la prise en charge de

Que le gouvernement fédéral remédie au fait que le Service correctionnel du Canada ne dispose actuellement d'aucune installation psychiatrique autonome pour loger et traiter les délinquantes condamnées à des peines de deux ans et plus aux prises avec des problèmes complexes en matière de santé mentale.

#### RECOMMANDATION 40

Le Comité a également noté que le SCC ne dispose d'aucune installation psychiatrique autonome pour les délinquantes sous responsabilité fédérale. De telles installations pourraient accueillir les délinquantes aux prises avec des problèmes complexes en matière de santé mentale et répondre ainsi aux préoccupations de M<sup>me</sup> Van Allen. Le Comité recommande donc :

Nous avons un problème en ce qui concerne notre capacité en matière d'infrastructure pour nous occuper des délinquants atteints d'une maladie mentale. Pour les femmes incarcérées dans des établissements à sécurité minimale et moyenne, nous avons un bon programme. Nos milieux de vie structurés fonctionnent [...] C'est plus difficile lorsque nous avons affaire à des femmes qui ont des problèmes de comportement découlant de besoins plus complexes en matière de santé mentale. Malheureusement, pour travailler avec ces femmes, nous avons besoin d'un environnement plus sécuritaire. Nous disposons de cinq installations régionales. Les unités sécuritaires sont relativement petites, et cela pose des problèmes.<sup>107</sup> C'est un problème que nous devons aborder au cours des prochaines années.

L'ancienne sous-commissaire pour les femmes du SCC, Elizabeth Van Allen, a aussi noté un manque d'espace dans les nouveaux établissements régionaux en ce qui touche la prestation de programmes et de services destinés aux délinquantes qui ont des problèmes complexes en matière de santé mentale. Elle a noté ce qui suit :

Que le gouvernement fédéral construise de nouvelles unités de soins psychiatriques plus grandes. Il doit également prévoir des sous-unités convenables et de l'espace pour les entrevues privées et le counselling individuel.

#### RECOMMANDATION 39

Le Comité recommande en conséquence :

<sup>106</sup> Pendant sa présentation, il a exhorté le Comité à reconnaître l'importance de locaux appropriés pour répondre aux besoins des personnes en situation de crise. Des problèmes similaires ont également été relevés dans les autres unités de soins psychiatriques visitées.

Lors de son témoignage, Robert Sampson, président du comité d'examen du SCC, a déclaré qu'il est essentiel de s'occuper des questions d'infrastructure pour répondre aux besoins de la population correctionnelle confrontée à des troubles de santé mentale et de toxicomanie<sup>104</sup>. Le commissaire du SCC, Don Head<sup>105</sup> a appuyé ses propos lors de sa comparaison lorsqu'il a noté que des modifications à l'infrastructure des établissements correctionnels sont nécessaires afin de faciliter la mise en œuvre des programmes correctionnels.

Les visites des établissements correctionnels ont convaincu le Comité de la nécessité d'apporter des modifications à l'infrastructure de certains établissements pour faciliter les interventions correctionnelles. Les modifications sont aussi indispensables pour assurer des conditions de détention propices au rétablissement des détenus souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie.

À la lumière de ces observations, le Comité recommande :

#### RECOMMANDATION 36

Que le gouvernement fédéral appuie le renouvellement et la modernisation de l'infrastructure vieillissante du système correctionnel fédéral.

#### RECOMMANDATION 37

Qu'au moment de construire de nouvelles infrastructures, le Service correctionnel du Canada prévoit, dans la mesure du possible, des toilettes et des fenêtres dans chaque cellule avec accès à la lumière du jour et à l'air frais.

#### RECOMMANDATION 38

Qu'au moment de construire de nouvelles infrastructures, le Service correctionnel du Canada tienne compte des considérations thérapeutiques.

### 5.7.2 La nécessité de construire de nouvelles unités spécialisées en santé mentale

Au centre de rétablissement Shepody et à l'unité de transition, située à l'établissement Dorchester, le Comité a pu constater le manque flagrant d'espace pour la prestation de soins en santé mentale. Selon le docteur Louis Thériault, consultant psychiatrique depuis un peu plus de 10 ans au centre Shepody, le centre ne peut tout simplement plus répondre aux demandes croissantes de lits et d'unités de

---

104 Robert Sampson, président, Comité d'examen du Service correctionnel du Canada, *Témoignages*, 11 juin 2009.

105 *Témoignages*, 11 juin 2009.

L'époque où les pénitenciers étaient des lieux solitaires et de détention où il n'y avait qu'un contact humain minimal est révolue. La pratique correctionnelle moderne nécessite des infrastructures modernes. Les lieux de détention ne doivent pas faire obstacle aux accroître la douleur de l'incarcération et leur structure ne doit pas faire obstacle aux interventions correctionnelles.<sup>101</sup>

En limitant l'interaction du personnel avec les détenus, l'architecture de ces établissements porte atteinte à un juste équilibre entre la sécurité passive (barrières électroniques, surveillance par caméra, postes de contrôle, etc.) et la sécurité active (interaction accrue avec les détenus afin de mieux les connaître et, par le fait même, prévenir les incidents et contribuer activement à leur réhabilitation). Cette limite est sérieuse puisque l'interaction avec les détenus est un élément important de la sécurité des détenus et du personnel. Certains témoins ont sur ce point soutenu que les interactions fréquentes et positives avec les détenus augmentent les chances que les détenus informent le personnel de problèmes existants entre certains détenus ou encore de complots. La docteure Ruth Martin qui travaille en milieu correctionnel a aussi souligné que « les communications ouvertes [des délinquants] avec le personnel et l'administration peuvent réduire le développement d'une sous-culture négative »<sup>102</sup>.

Pendant l'examen, le Comité a également appris que la majorité des détenus sont placés sur des listes d'attente avant d'accéder aux programmes et aux traitements prévus dans leur plan correctionnel. Cela s'explique entre autres par un nombre insuffisant d'intervenants et le manque de locaux considérés adéquats du point de vue de la sécurité des détenus et du personnel pour la prestation des programmes. Cette lacune est d'autant plus grave que la majorité des détenus n'ont pas accès aux soins et aux programmes appropriés en temps opportun. Ceux qui les reçoivent tardivement voient généralement leur mise en liberté dans la collectivité repoussée; d'autres sont libérés sans avoir bénéficié de tous les traitements et programmes considérés essentiels à leur réhabilitation.

Étant donné l'infrastructure inefficace, inadéquate et coûteuse de bon nombre des établissements correctionnels exploités par le SCC, le Comité d'examen du Service correctionnel du Canada, chargé en 2007 par le gouvernement fédéral d'évaluer les priorités opérationnelles, les stratégies et les plans d'activités du SCC, a recommandé que le gouvernement fédéral investisse dans la construction d'un nouveau type de complexe pénitentiaire régional.<sup>103</sup> Ces complexes comprendraient des secteurs à sécurité minimale, moyenne et maximale et partageraient les services correctionnels et les locaux pour la prestation des programmes, des soins médicaux et de santé mentale.

101 *Témoignages*, 6 octobre 2009.

102 *Ibid.*

103 La recommandation du Comité d'examen du Service correctionnel du Canada se lit comme suit : « Le Comité recommande que le SCC investisse des fonds d'immobilisations et de fonctionnement pour la construction d'un nouveau type de complexe pénitentiaire régional qui corrige les problèmes de rentabilité et d'efficacité opérationnelle de son infrastructure physique actuelle. » Comité d'examen du Service correctionnel du Canada, *Feuille de route pour une sécurité publique accrue*, rapport présenté au gouvernement le 31 octobre 2007.



## 5.7 L'INFRASTRUCTURE PHYSIQUE INADÉQUATE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS

Pendant ses visites, le Comité a pu constater les conditions souvent inadéquates dans lesquelles travaillent les employés du SCC et sont incarcérés les délinquants fédéraux en raison principalement de la vétusté des établissements correctionnels.<sup>99</sup> Des 57 établissements exploités par le SCC, bon nombre ont été construits dans les années 1800 et au début des années 1900 — Kingston (1832), Dorchester (1880), Saskatchewan (1911), Stony Mountain et Collins Bay (1920-1930) — ou encore au milieu des années 1900 — Joyceville (1950) et Archambault (années 1960). Seuls quatre établissements correctionnels fédéraux ont été construits depuis le milieu des années 1990. Les établissements correctionnels fédéraux ont environ 45 ans en moyenne.<sup>100</sup>

Outre les coûts élevés associés à l'entretien de l'infrastructure vieillissante des établissements, on a dit au Comité que l'infrastructure et l'aménagement de certains d'entre eux sont nocifs en termes de sécurité du personnel et des détenus. Ils constituent aussi une entrave à la prestation des services et des programmes correctionnels.

### 5.7.1 Des pénitenciers décrépits, bondés, bruyants et dépourvus de toute lumière naturelle

Selon les témoignages, l'architecture des établissements correctionnels bâtis dans les années 1800 et au début des années 1900 constitue un obstacle aux interventions correctionnelles modernes et n'est pas adaptée au profil complexe de la population correctionnelle d'aujourd'hui; population qui se caractérise, entre autres, par un nombre croissant de détenus qui ont commis des crimes violents ou qui sont affiliés à des gangs criminalisés. Des témoins ont d'ailleurs noté que certains établissements abritent de nos jours quatre ou cinq sous-groupes de détenus incompatibles qui ne peuvent se côtoyer pour des raisons de sécurité.

Voici ce que l'enquêteur correctionnel a noté à propos de la prise en charge des détenus atteints de troubles de santé mentale dans les vieux établissements du SCC :

La majorité des plus anciens pénitenciers du pays, dont, pour certains, la construction date du milieu ou de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, n'ont tout simplement pas l'architecture et l'infrastructure adéquates pour répondre aux besoins et relever les défis d'une population en croissance rapide de délinquants atteints de troubles de santé mentale. Le personnel ne peut offrir les meilleurs services, et les détenus atteints de troubles mentaux ne sont pas bien servis dans des pénitenciers décrépits, bondés, bruyants et dépourvus de toute lumière naturelle. L'impact de ces conditions de détention sur les délinquants dont la pensée, l'apprentissage et la réaction émotionnelle sont altérés ou endommagés par un trouble de santé mentale peut avoir, au fil du temps, des effets délétères ou de dégradation sur le fonctionnement mental.

99 Si la plupart des problèmes constatés pendant l'examen concernent les établissements correctionnels construits avant les années 1950, des problèmes ont également été signalés dans des établissements construits au cours des deux dernières décennies.

100 Don Head, « Modernisation de l'infrastructure physique », *Entre Nous*, vol. 33, n° 1, mai 2008.



#### RECOMMANDATION 29

Que le gouvernement fédéral examine tous les programmes disponibles pour réduire la flambée des taux de VIH-sida et d'hépatite C qui posent un sérieux problème de santé publique tant dans le contexte carcéral que dans la collectivité quand les délinquants sont mis en liberté, et que des évaluations soient entreprises afin de déterminer les options les plus efficaces pour réduire la propagation des maladies infectieuses dans le système correctionnel canadien.

#### RECOMMANDATION 30

Que le Service correctionnel du Canada favorise et accroisse l'utilisation des programmes en 12 étapes pour régler les problèmes de toxicomanie, notamment par un recours accru aux groupes communautaires extérieurs.

#### RECOMMANDATION 31

Que le SCC encourage la création d'unités de traitement de la toxicomanie dans les établissements fédéraux.

#### RECOMMANDATION 32

Que le Service correctionnel du Canada alloue des ressources financières et humaines additionnelles dans le traitement de la toxicomanie, la réduction des méfaits et la prévention.

#### RECOMMANDATION 33

Que le Service correctionnel du Canada alloue des fonds additionnels aux programmes de traitement de la toxicomanie dans tous les établissements correctionnels fédéraux.

#### RECOMMANDATION 34

Que le Service correctionnel du Canada institue des programmes mixtes afin de traiter les détenus qui souffrent à la fois de troubles mentaux et de toxicomanie.

#### RECOMMANDATION 35

Que le Service correctionnel du Canada (SCC) continue de chercher des façons de renforcer les activités de répression des drogues et en conformité avec les recommandations du Comité d'examen indépendant du SCC que le SCC mette en oeuvre une approche plus rigoureuse en matière de répression des drogues afin de créer un milieu sûr et sécuritaire où les délinquants peuvent se concentrer sur la réadaptation.

pour les employés et la clientèle correctionnelle. Le 29 août 2008, le ministre de la Sécurité publique a annoncé un investissement de 122 millions de dollars pendant cinq ans afin d'appuyer les efforts du SCC à ce chapitre.

Le SCC soutient que la stratégie a pour objet d'encourager la réhabilitation des délinquants par la mise en œuvre de programmes de traitement de la toxicomanie. Toutefois, Ivan Zinger a noté que le financement accordé a été entièrement consacré aux mesures de répression des drogues (équipes de chiens renifleurs, activités de renseignement, détecteurs ioniques et appareils de radiographie), au détriment des programmes de toxicomanie et des initiatives de réduction des méfaits<sup>94</sup>. Le Comité souhaite que le SCC adopte une approche qui met de l'avant un équilibre entre répression, réhabilitation et prévention pour lutter contre la drogue. D'autant plus que selon Sandra Ka Hon Chu, Réseau juridique canadien VIH/sida, la volonté du SCC d'éliminer toutes les drogues à l'intérieur des établissements est louable, mais peu réaliste<sup>95</sup>. Le Comité a d'ailleurs constaté en Norvège et en Angleterre que la drogue est une triste réalité en milieu correctionnel.

Selon M<sup>me</sup> Ka Hon Chu, l'approche du SCC nuit à la santé des détenus, à la santé publique et à la mise en œuvre d'initiatives susceptibles d'atténuer les problèmes causés par la drogue<sup>96</sup>. À son avis, le SCC devrait mettre en œuvre un programme d'échange de seringues dans les établissements correctionnels. Ces programmes permettent, selon elle, de réduire davantage la transmission des maladies infectieuses que les méthodes actuellement utilisées par le SCC, à savoir la désinfection des aiguilles à l'eau de Javel et les traitements à la méthadone. Elle a aussi imploré le Comité à reconnaître que les récidives sont presque inévitables en prison et qu'en cas de rechute, les délinquants seront plus susceptibles de partager des seringues de contrebande, augmentant ainsi le risque de propager les maladies transmissibles par le sang.

Le docteur Peter Ford a également noté que la prolifération des maladies transmissibles par le sang en milieu correctionnel a des conséquences très graves en matière de santé publique, notamment parce que les délinquants sont libérés un jour ou l'autre et peuvent transmettre leurs maladies dans la collectivité<sup>97</sup>. Il a noté que « [l]es coûts à long terme sont très importants. Il en coûte environ 20 000 \$ pour traiter une personne atteinte d'hépatite C ». À son dire, « les services correctionnels devront s'occuper des personnes atteintes d'insuffisance hépatique en phase terminale, et c'est là une perspective très coûteuse »<sup>98</sup>.

À la lumière de ces considérations, le Comité recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 94 | Ivan Zinger, <i>Témoignages</i> , 2 juin 2009.  |
| 95 | Sandra Ka Hon Chu, <i>Analyste principale de la politique</i> , Réseau juridique canadien VIH/sida, « Faire comme il faut », Réponse factuelle aux problèmes posés par la toxicomanie et la santé mentale dans les prisons fédérales, mémoire présenté au Comité, octobre 2009. |
| 96 | <i>Ibid.</i>  |
| 97 | Dr. Peter Ford, <i>médecin</i> , <i>Témoignages</i> , 5 novembre 2009.  |
| 98 | <i>Ibid.</i>  |

93	Service correctionnel du Canada, Assurer un continuum des soins — Sommaire des services et des résultats en santé mentale, octobre 2009.
92	<i>Ibid.</i>
91	<i>Ibid.</i>

La stratégie antidrogue du SCC met l'accent sur trois éléments clés : la prévention, le traitement et l'intervention, et la répression. Selon le SCC, la stratégie vise à enrayer l'offre et la demande en éliminant l'entrée de drogues illicites dans les établissements, en endiguant la consommation de drogue et en intervenant auprès des détenus à l'aide de programmes de toxicomanie. La stratégie vise aussi à créer un environnement sécuritaire

## 5.6 UNE APPROCHE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE EN DÉTENTION QUI MET TROP D'IMPORTANCE SUR LA RÉPRESSION AU DÉTRIMENT DU TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE

Le SCC tente, par l'entremise de cet objectif, de mettre sur pied un programme de formation à l'intention de ses employés et des professionnels de la santé mentale afin que ces personnes soient en mesure de reconnaître les symptômes de la maladie mentale et d'intervenir de manière efficace et en temps voulu. Bien que plus de 1 600 employés du SCC et de ses partenaires dans la collectivité aient été formés en 2008-2009, l'organisme doit persévérer afin de former l'ensemble de ses employés<sup>93</sup>. Le Comité souhaite encourager le SCC à continuer ses efforts de formation afin de pouvoir renforcer sa capacité de répondre aux besoins de sa clientèle aux prises avec des troubles de santé mentale.

### Objectif 6 Offrir une formation sur la santé mentale à tous les professionnels de la santé mentale et au personnel correctionnel

Que le Service correctionnel du Canada assume les frais des médicaments prescrits pour traiter les troubles mentaux des délinquants qui sont en liberté sous condition dans la collectivité jusqu'à l'expiration du mandat d'emprisonnement.

## RECOMMANDATION 28

De plus, le Comité recommande :

Le Comité encourage le gouvernement à financer au plus tôt cette initiative de façon permanente afin que les risques notés ci-dessus puissent être écartés.

« Les délinquants dans la collectivité qui ont de grands besoins et présentent des risques élevés auront malheureusement accès à des services réduits<sup>92</sup>. »

« Ce sera long de rebâtir tout ce qui avait été établi dans la collectivité (il faudra conclure de nouveaux contrats, procéder à de nouvelles embauches)<sup>91</sup> »;



Enfin, pendant sa visite à Whitemoor, au Royaume-Uni, le Comité a pris connaissance d'une unité destinée aux délinquants souffrant de troubles de la personnalité. Tous les intervenants rencontrés étaient encouragés par les progrès des délinquants qui bénéficiaient des services de cette unité spécialisée, axée sur une approche multidisciplinaire. Quoique certains témoins aient mentionné le coût d'exploitation élevé du programme et qu'il soit encore trop tôt pour évaluer son efficacité, le Comité estime qu'il serait utile de mettre en place une telle unité au Canada pour traiter les délinquants atteints de ces troubles. En conséquence, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 27

Que le Service correctionnel du Canada mette en œuvre des unités pluridisciplinaires innovatrices à l'intention des personnes souffrant de troubles de la personnalité, sur le modèle de celles à l'établissement Whitemoor, au Royaume-Uni.

### Objectif 4 Amélioration des centres de traitement

Cet objectif vise à améliorer les services dispensés dans les CRT du SCC afin qu'ils soient du même calibre que ceux fournis dans les hôpitaux psychiatriques médico-légaux de la collectivité. Bien que cet objectif soit aussi important que les autres, son financement dans le budget 2007 est très limité. Le Comité appuie cet objectif favorisant le droit des délinquants de bénéficier du meilleur état de santé possible. Dans l'espérance que cet objectif reçoive un financement permanent, le Comité encourage le SCC à poursuivre les efforts déployés jusqu'ici à l'agrement des CRT, au perfectionnement des professionnels et aux contrats nouvellement conclus avec les psychiatres.

### Objectif 5 Soutien de la santé mentale dans la collectivité

Cet objectif de la stratégie du SCC en santé mentale vise à assurer la continuité des soins du délinquant, sans interruption, de l'établissement jusqu'à la collectivité. L'objectif présente des éléments similaires à ceux de l'initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMIC) tels que la création de nouveaux postes de professionnels en santé mentale dans 16 de ces installations, la prestation de services de consultants en santé mentale et la tenue de séances de formation en santé mentale au personnel de première ligne. Un financement de cinq ans a été accordé à cet objectif dans le cadre du Budget de 2005, mais il a pris fin au mois de mars 2010. Le SCC tente encore d'obtenir un financement permanent à cet égard, d'après l'organisme, si le gouvernement tarde à financer cette initiative :

- « Ce sera très difficile de conserver le personnel en poste (le budget de l'ISMIC a permis de financer le salaire d'environ 50 employés)<sup>90</sup> » ;



**Objectif 2 Dispenser des soins de santé mentale primaires dans tous les établissements, y compris le soutien, le traitement et le suivi**

Ce deuxième objectif fait également partie de l'ISME; il est financé dans le cadre du Budget de 2008 et a reçu le même financement permanent. Il vise la promotion et le maintien d'une bonne santé mentale pour tous les délinquants au moyen d'une approche multidisciplinaire. La diffusion de lignes directrices sur les soins de santé mentale à tous les employés, le 21 décembre 2009, avait pour but de prévenir les tentatives de suicide, d'intervenir en temps opportun et d'aider les délinquants à composer avec la maladie mentale en milieu correctionnel. Le Comité tient à souligner qu'il appuie les efforts de prévention du SCC à cet égard.

**Objectif 3 Créer des unités de soins de santé mentale intermédiaires pour les délinquants souffrant de troubles mentaux qui ont besoin de soins dans les établissements**

Le Comité comprend difficilement que ce troisième objectif n'ait reçu aucun financement à ce jour. En l'absence de ressources nécessaires à la mise en œuvre d'unités de soins de santé mentale intermédiaires, le SCC est incapable d'honorer son obligation d'offrir aux délinquants des soins de santé mentale adéquats. D'ailleurs, de nombreux témoins ont déploré l'absence de services de santé mentale intermédiaires dans le système correctionnel fédéral.

Le Comité se préoccupe du sort des détenus qui ne sont pas soignés ou reçoivent des soins limités du fait que le SCC concentre ses ressources en santé mentale sur les détenus aux prises avec une maladie mentale plus grave ou chronique. De tels cas montrent l'importance et l'urgence de créer des unités intermédiaires pour les détenus qui ne répondent pas aux critères d'admission à un centre de traitement régional. Les unités intermédiaires pourraient également faciliter la tâche du SCC, soit assurer la transition sécuritaire des détenus qui doivent retourner en établissement après un séjour dans un centre régional de traitement en santé mentale.

Compte tenu de ces constatations, le Comité recommande :

**RECOMMANDATION 26**

Que le Service correctionnel du Canada institue et finance des services intermédiaires de santé mentale et des unités de soins intermédiaires, dépendamment des besoins des délinquants dans chaque établissement correctionnel, de manière à soigner correctement les détenus qui souffrent de troubles mentaux et qui ne répondent pas aux conditions d'admission dans les centres de traitement régionaux; à assurer le suivi des détenus qui arrivent en institution en provenance d'un centre psychiatrique régional; et de sorte que les détenus affectés par ces troubles ne se sentent pas obligés de demander à être placés en isolement préventif pour se protéger des autres détenus.

stratégie et croit que la mise en œuvre intégrale des éléments permettra au SCC de répondre adéquatement aux besoins des détenus sous responsabilité fédérale dans les établissements et dans la collectivité. Le Comité estime que le SCC doit agir de toute urgence et recommande donc :

## **RECOMMANDATION 24**

**Que le gouvernement fédéral investisse des ressources additionnelles pour la mise en œuvre de l'ensemble des éléments de la Stratégie du Service correctionnel du Canada en matière de santé mentale.**

### **Objectif 1 Effectuer un dépistage et une évaluation des problèmes de santé mentale des délinquants au moment de leur admission**

Ce premier objectif fait également partie de l'initiative sur la santé mentale en établissement (ISME) du SCC. Il a reçu des fonds temporaires d'environ 21 millions de dollars dans le cadre du Budget de 2007 ainsi que des fonds permanents d'environ 16 millions de dollars dans le budget de 2008 par l'entremise de l'ISME. Or, cette initiative n'a que tout récemment été mise en œuvre, et le Comité s'inquiète de ce que le dépistage et l'évaluation de la maladie mentale lors de l'admission soient inadéquats. Les informations communiquées au Comité pendant la visite des établissements correctionnels ont confirmé que le SCC ne procède pas systématiquement au dépistage en vue de l'établissement, s'il y a lieu, d'un diagnostic psychologique complet lors de l'admission des délinquants en détention. Le témoignage de James Livingston démontre que les normes et les directives publiées appuient unanimement le dépistage et l'évaluation systémique des problèmes de santé mentale<sup>89</sup>.

Vu l'importance du dépistage des troubles mentaux à l'admission, le Comité est d'avis que le SCC doit prioriser ce premier objectif. Il sera ainsi en mesure de remédier aux nombreuses déficiences dans la prestation de ses services en santé mentale et améliorer la qualité de ses soins. Le Comité recommande donc :

## **RECOMMANDATION 25**

**Que le Service correctionnel du Canada (SCC) fasse du dépistage des troubles mentaux à l'admission une priorité et que le gouvernement fédéral continue de financer cet élément de la stratégie en matière de santé mentale. Le SCC devrait également exiger une évaluation psychologique complète du délinquant si un professionnel de la santé le recommande après le dépistage susmentionné.**

**RECOMMANDATION 17**  
Que le Service correctionnel du Canada conserve un ratio patient/psychologue d'au plus un pour 35 dans les établissements fédéraux.

**RECOMMANDATION 18**  
Que le Service correctionnel du Canada ajoute des conseillers en toxicomanie dans tous les établissements fédéraux.

**RECOMMANDATION 19**  
Que le Service correctionnel du Canada ajoute des infirmières psychiatriques et des infirmières dans tous les établissements fédéraux.

**RECOMMANDATION 20**  
Que le Service correctionnel du Canada fasse en sorte d'offrir des soins dentaires en temps utile dans tous les établissements fédéraux.

**RECOMMANDATION 21**  
Que le Service correctionnel du Canada mette davantage l'accent sur le traitement individualisé de chaque détenu ayant un trouble mental diagnostiqué, y compris un trouble de toxicomanie.

**RECOMMANDATION 22**  
Que le Service correctionnel du Canada fasse en sorte que des services de counselling individualisés suffisants commencent dès que le diagnostic est posé et soient offerts régulièrement et en quantité suffisante chaque semaine selon ce que prescrit le psychologue traitant ou le conseiller.

**RECOMMANDATION 23**  
Que le gouvernement fédéral oblige les détenus ayant agressé des membres du personnel ou d'autres détenus avec des matières organiques à subir, pour la sécurité et la santé des personnes agressées, tous les tests nécessaires afin de diagnostiquer la présence de maladies infectieuses.

## **5.5 UN PROBLÈME DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE**

Au dire de l'enquêteur correctionnel, le SCC tarde depuis 2004 à mettre en œuvre tous les éléments de sa stratégie en matière de santé mentale. En outre, la prestation des soins en santé mentale n'a pas changé de façon significative depuis ce temps. Comme la majorité des témoins, le Comité appuie chacun des objectifs de la



Le Comité, comme bon nombre de témoins, est convaincu que le transfert des responsables aux collectivités autochtones contribuera au bien-être et au rétablissement des délinquants autochtones confrontés à des troubles de santé mentale et de toxicomanie. Selon M<sup>me</sup> Toie, « il est difficile de faire pire que ce que nous faisons actuellement. Quand il s'agit de gérer cette population, nous en sommes vraiment incapables<sup>86</sup> ».

À la lumière de ces considérations, le Comité recommande :

#### RECOMMANDATION 14

Que le Service correctionnel du Canada ait recours d'avantage aux accords conclus avec les collectivités autochtones en vertu des articles 81 et 84 de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, et établisse la capacité requise.

### 5.4 AMÉLIORER LA CAPACITÉ DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA DE RÉPONDRE AUX BESOINS DES DÉLINQUANTS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Il y a beaucoup à apprendre de la perspective autochtone à l'égard de la santé. D'après cette approche holistique, la santé mentale fait partie intégrante du bien-être physique, émotionnel et spirituel d'une personne. Ainsi, l'investissement dans la santé générale des détenus contribue à améliorer leur santé mentale et leur bien-être. Il est aussi essentiel de reconnaître que la santé des détenus est un enjeu de santé publique important : la plupart retourneront dans la collectivité à un moment donné et le personnel du milieu correctionnel va et vient entre l'établissement et la collectivité.

Le Comité croit également, en conformité avec le droit international, que les détenus ont le droit de bénéficier du meilleur état de santé possible<sup>87</sup>. « Seule la privation de liberté constitue la sanction, et non la perte des droits humains fondamentaux<sup>88</sup> ».

Le Comité recommande en conséquence :

#### RECOMMANDATION 15

Que le Service correctionnel du Canada veille à ce que les délinquants obtiennent les mêmes soins médicaux que l'ensemble de la population.

#### RECOMMANDATION 16

Que le Service correctionnel du Canada fasse en sorte que les délinquants aient accès à des soins médicaux en temps utile.

Témoignages, 16 mars 2010.

86 Lars F. Møller, Brenda J. van den Bergh, Alex Gatherer, Projet sur la santé dans les prisons, Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional pour l'Europe, « L'usage de drogues en prison : une grave menace pour la santé publique » dans *Dépendances*, septembre 2008, n° 35.

87 *Ibid.*



## RECOMMANDATION 12

Que le Service correctionnel du Canada augmente le recours aux surlignes et aux autres méthodes de guérison autochtones et ne refuse pas le recours à ces techniques en guise de mesure disciplinaire.

Enfin, quoique le Comité reconnaisse que les aliments traditionnels et locaux<sup>84</sup> sont parfois autorisés dans les établissements, il estime que le SCC doit continuer à encourager cette pratique. Le Comité recommande donc :

## RECOMMANDATION 13

Que le Service correctionnel du Canada encourage une saine alimentation chez tous les délinquants et envisage, si la chose est possible, diverses possibilités de régime alimentaire incluant des aliments traditionnels et locaux pour les délinquants autochtones.

**5.3.3 Obligations du Service correctionnel du Canada de travailler de concert avec les collectivités autochtones (art.81 et 84 de la LSCMLC)**

En vertu de l'article 81 de la LSCMLC, le ministre peut conclure un accord avec une collectivité autochtone pour la prestation de services correctionnels aux délinquants autochtones et le paiement des coûts.

Plusieurs témoins rencontrés lors de l'examen ont souligné l'importance de la participation des collectivités autochtones au processus correctionnel. Aux dires des témoins, la réinsertion sociale de ces délinquants n'est possible que si les collectivités autochtones participent activement aux initiatives du SCC.

Étant donné que les pavillons de ressources autorisés en vertu de l'article 81 favorisent une approche holistique et traditionnelle dans la prestation des services, le Comité est déçu que 18 ans après l'entrée en vigueur de cet article de loi il n'y a que quatre pavillons de ressources indépendants pour les Autochtones au Canada. Il est d'autant plus alarmant de constater qu'il n'existe aucun pavillon de ressources exploité par une collectivité autochtone pour les délinquants autochtones. Le Comité comprend mal pourquoi le SCC tarde à agir et espère que l'investissement de 33 millions de dollars destinés aux services correctionnels autochtones en 2009-2010<sup>85</sup> mènera à la création de nouveaux pavillons de ressources.

L'article 84 de la LSCMLC oblige également le SCC à faire participer les collectivités autochtones à la planification de la mise en liberté des délinquants. Le Comité déplore que le recours à l'article 84 relatif à la participation de la collectivité autochtone au processus de libération conditionnelle ne soit pas plus fréquent.

84

La définition des aliments traditionnels et locaux se trouve à la note 77.  
Marc-Arthur Hypolite, *Témoignages*, 5 novembre 2009.

85

œuvre de même que toutes celles qu'a faites l'enquêteur correctionnel dans son rapport annuel 2008-2009. Cette question est traitée à la section 5.15 du présent rapport.

Le Comité est également préoccupé du fait que les programmes existants de traitement des troubles mentaux et de toxicomanie ne répondent pas de façon adéquate aux besoins culturels et spirituels des délinquants autochtones. En conséquence, le Comité encourage le SCC à revoir sa programmation actuelle afin d'assurer une composante traditionnelle et religieuse. Selon le Comité, une importance accrue au contexte autochtone dans le cadre des programmes existants permettrait d'atteindre plus efficacement les délinquants autochtones. Enfin, le Comité souhaite que le SCC sache saisir l'occasion et mettre en œuvre un plus grand nombre de ses programmes pour Autochtones afin de contribuer au rétablissement de cette clientèle.

Au cours de la visite effectuée au pavillon de ressourcement Okimaw Ohci, bon nombre de témoins ont fait valoir au Comité le rôle crucial que jouent les Aînés et les conseillers spirituels dans le succès des programmes destinés aux Autochtones. Ils encouragent les délinquants à renouer les liens brisés avec leur culture, leurs familles ainsi que leurs collectivités. Le Comité souhaite que le SCC ait davantage recours aux Aînés et invite plus fréquemment les collectivités autochtones à participer à l'élaboration et à la prestation de programmes pour Autochtones afin d'en assurer le succès.

En conséquence, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 11

Que le Service correctionnel du Canada (SCC) examine sa programmation de traitement des troubles mentaux et de la toxicomanie afin de vérifier qu'elle répond aux besoins culturels et religieux des délinquants autochtones qui représentent un pourcentage disproportionné de la population carcérale canadienne et des détenus atteints de troubles mentaux et de toxicomanie; et que le SCC mette en œuvre, en collaboration avec les collectivités autochtones locales, un plus grand nombre de programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie axés sur les besoins particuliers des délinquants autochtones. En plus de participer à l'élaboration de ces programmes, les collectivités autochtones locales devraient également contribuer à la prestation de ces derniers afin d'assurer leur succès.

Bien que le Comité soit conscient que la Directive du commissaire n° 702 permet les cérémonies culturelles, telles les cérémonies de suerie, il considère néanmoins que le SCC doit augmenter le recours à ce genre de méthodes de guérison. En conséquence, le Comité recommande:

- Stratégie relative au cadre de responsabilisation des services correctionnels pour Autochtones (mise en œuvre 2009-2010)<sup>79</sup>;
- Modèle de surveillance et de présentation de rapports sur les résultats<sup>80</sup>.

Bien que plus de quatre ans se soient écoulés depuis l'approbation du Plan stratégique relatif aux services correctionnels pour Autochtones, les écarts entre les résultats des programmes et des interventions à l'intention des délinquants autochtones et non autochtones continuent de se creuser. Le Bureau de l'enquêteur correctionnel est toujours insatisfait des efforts accomplis par le SCC. Selon lui, le SCC « [...] n'a pas su donner suite à ses bonnes intentions dont il est question dans ses politiques et ses stratégies ce qui a donné lieu à des résultats décevants<sup>81</sup> ». Dans son rapport annuel de 2008-2009, Howard Sapers fait la remarque suivante :

Au fil des ans, mon Bureau a présenté tout un éventail de constatations et de recommandations pour aider le SCC à changer sa philosophie et l'amener à réaliser des progrès significatifs et durables en ce qui concerne les services correctionnels pour Autochtones. Or, le SCC n'a toujours pas pleinement mis en œuvre nombre de nos recommandations. Par conséquent, l'écart entre les Autochtones et les non-Autochtones continue de s'accroître et la situation des Autochtones sous responsabilité fédérale se détériore, tandis que le Service met à jour des cadres et des stratégies sans résultat apparent.<sup>82</sup>

### 5.3.2 Améliorer la capacité du Service correctionnel du Canada à intervenir efficacement auprès des délinquants autochtones

L'écart constant entre les résultats obtenus pour les délinquants autochtones et non autochtones soulève de sérieuses questions quant à la capacité du SCC de prendre en charge cette clientèle<sup>83</sup>. Comme plusieurs témoins, le Comité estime que la situation est non seulement critique, mais urgente. D'autant plus que le nombre des détenus est appelé à augmenter avec l'adoption et le dépôt de projets de loi qui ont pour conséquence une plus grande sévérité des peines. Pour accroître la capacité du SCC à répondre aux besoins des délinquants Autochtones, l'enquêteur correctionnel propose depuis longtemps une modification de la structure de gouvernance. Il exhorte le ministre de la Sécurité publique à ordonner au SCC de nommer un sous-commissaire responsable des services correctionnels pour Autochtones; cela permettrait selon lui d'assurer une attention particulière et ciblée aux délinquants autochtones. Cette suggestion n'a pas encore été retenue par le ministre. Le Comité juge que cette recommandation devrait être mise en

79 Service correctionnel du Canada, Réponse du Service correctionnel du Canada au 36<sup>e</sup> rapport annuel du bureau de l'enquêteur correctionnel, 2 novembre 2009.

80 Ibid.

81 Michelle M. Mann, *De bonnes intentions[...] des résultats décevants : Rapport d'étape sur les services correctionnels fédéraux pour Autochtones*, Bureau de l'enquêteur correctionnel, 11 octobre 2009.

82 Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2008-2009, 29 juin 2009.

83 Howard Sapers, *Témoignages*, 2 juin 2009.



- ont davantage de problèmes de santé, notamment des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et le syndrome post-traumatique<sup>73</sup>.

Plusieurs facteurs systémiques ou contextuels sont à l'origine des infractions commises par les délinquants autochtones : le placement dans les pensionnats, le cycle de violence intergénérationnel, le chômage, de faibles niveaux d'instruction, la pauvreté, de faibles taux de rémunération et de médiocres conditions de logement<sup>74</sup>.

### 5.3.1 Les engagements du Service correctionnel du Canada envers les délinquants autochtones

Il incombe au SCC, en vertu des articles 79 à 84.1 de la LSCMLC, de respecter les différences culturelles et les besoins spécifiques des délinquants autochtones dans l'exécution de son mandat et plus précisément dans la prestation de ses services et de ses programmes. La Directive du Commissaire n° 702, émise en 1995<sup>75</sup> et remaniée en 2008<sup>76</sup>, dicte également la marche à suivre afin d'assurer la réadaptation et la réinsertion sociale des délinquants autochtones au moyen d'interventions efficaces. Selon la Directive, le SCC s'engage à utiliser une approche holistique auprès de ces délinquants afin de promouvoir la compréhension de la spiritualité autochtone traditionnelle. Cette approche encourage également les cérémonies et les danses culturelles de même que la consommation des aliments traditionnels et locaux<sup>77</sup>.

Afin de relever les nombreux défis liés aux Autochtones au sein du système correctionnel fédéral, le SCC a élaboré les initiatives suivantes :

- Plan stratégique relatif aux services correctionnels pour Autochtones 2006-2011 (approuvé en 2006)<sup>78</sup>;

73 Marc-Arthur Hypolite, sous-commissaire principal, Service correctionnel du Canada, *Témoignages, 5 novembre 2009 et Michelle M. Mann, De bonnes intentions[...], des résultats décevants : Rapport d'étape sur les services correctionnels fédéraux pour Autochtones*, Bureau de l'enquêteur correctionnel, 11 octobre 2009.

74 Ibid.

75 Service correctionnel du Canada, *Des initiatives pour les Autochtones, Faits et chiffres*, juillet 2009.

76 Michelle M. Mann, *De bonnes intentions[...], des résultats décevants : Rapport d'étape sur les services correctionnels fédéraux pour Autochtones*, Bureau de l'enquêteur correctionnel, 11 octobre 2009.

77 Selon la Directive du commissaire n° 702, des aliments traditionnels sont autorisés dans les établissements correctionnels fédéraux à la condition qu'ils soient utilisés dans le cadre d'une célébration ou d'une cérémonie. Les aliments locaux (tout animal sauvage récolté, principalement la chair de phoque, de baleine, de caribou et d'omble chevalier) sont également permis et doivent être fournis au moins une fois par mois au peuple inuit, puisqu'ils sont considérés comme des éléments nutritifs essentiels.

78 Service correctionnel du Canada, *Services correctionnels pour Autochtones, Faits en bref*, janvier 2010.



La situation des détenues autochtones sous responsabilité fédérale est encore plus alarmante :

- Elles représentent 31,4 % de la population carcérale féminine<sup>65</sup>;
- Le nombre de femmes autochtones en détention augmente constamment depuis les dix dernières années. Entre 1999-2000 et 2008-2009, il est passé de 84 à 157, ce qui représente une hausse de 86,9 %<sup>66</sup>.
- Les circonstances qui entourent la prise en charge et le traitement des délinquants autochtones en milieu carcéral sont à la fois complexes et multidimensionnelles, ce qui représente un défi de taille pour le SCC. À titre d'exemple, les délinquants autochtones :
- présentent un taux de récidive plus élevé que les autres délinquants<sup>67</sup>;
- sont souvent surreprésentés parmi les détenus en isolement<sup>68</sup>;
- ont un taux de prévalence de troubles mentaux et de toxicomanie<sup>69</sup> beaucoup plus élevé que les non-Autochtones;
- sont plus jeunes lors de leur admission en détention que les délinquants non autochtones<sup>70</sup>;
- purgent une plus grande partie de leur peine en liberté comparativement aux autres délinquants<sup>71</sup>;
- sont plus susceptibles d'être affiliés à des gangs<sup>72</sup>.

65	Sécurité publique Canada, <i>Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i> 2009, Comité de la statistique correctionnelle du portefeuille ministériel de Sécurité publique Canada, décembre 2009.
66	<i>Ibid.</i>
67	Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2008-2009, 29 juin 2009.
68	<i>Ibid.</i>
69	Michelle M. Mann, <i>De bonnes intentions[...], des résultats décevants : Rapport d'étape sur les services correctionnels fédéraux pour Autochtones</i> , Bureau de l'enquêteur correctionnel, 11 octobre 2009.
70	Sécurité publique Canada, <i>Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i> 2009, Comité de la statistique correctionnelle du portefeuille ministériel de Sécurité publique Canada, décembre 2009.
71	Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2008-2009, 29 juin 2009.
72	Michelle M. Mann, <i>De bonnes intentions[...], des résultats décevants : Rapport d'étape sur les services correctionnels fédéraux pour Autochtones</i> , Bureau de l'enquêteur correctionnel, 11 octobre 2009.

partenariats ne sont pas seulement utiles dans le domaine de la santé, mais également en matière d'éducation, de préparation à l'emploi et de formation professionnelle<sup>61</sup>.

Pour renforcer la capacité du SCC en ce qui a trait à la continuité des soins et contribuer à la sécurité du public et au rétablissement des délinquants sous sa responsabilité, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 9

Que le gouvernement fédéral élabore des services de coordination entre le Service correctionnel du Canada et les autorités sanitaires provinciales et territoriales afin d'assurer un continuum de soins jusqu'à l'expiration du mandat d'emprisonnement.

## RECOMMANDATION 10

Que le Service correctionnel du Canada étudie et mette en œuvre des partenariats communautaires en vue d'offrir de la formation aux détenus qui relèvent de sa responsabilité (p. ex. Habitat pour l'humanité).

## 5.3 MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES DÉLINQUANTS AUTOCHTONES

En 1996, la Commission royale sur les Peuples autochtones a décrit la situation particulière des Autochtones au Canada. La surreprésentation croissante des délinquants autochtones dans les pénitenciers canadiens affirme la conclusion de la commission à l'effet que le système de justice ne répond pas à leurs besoins particuliers. Comme le démontrent les données suivantes, la situation des Autochtones demeure toujours critique :

- Le taux d'incarcération des délinquants autochtones est en hausse. Il est passé de 815 par 100 000 habitants en 2001-2002 à 983 par 100 000 habitants en 2005-2006<sup>62</sup>.
- Au mois de mars 2009, les Autochtones représentaient 17,3 % des détenus sous responsabilité fédérale, comparativement à 2,7 % de la population adulte canadienne<sup>63</sup>.
- Un délinquant sous responsabilité fédérale sur cinq est d'origine autochtone<sup>64</sup>.

61	Brenda Tole, directrice à la retraite du centre correctionnel Alouette pour femmes, <i>Témoignages</i> , 16 mars 2010.
62	<i>Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2008-2009</i> , 29 juin 2009.
63	Service correctionnel du Canada, Services correctionnels pour Autochtones, Faits en bref, janvier 2010.
64	<i>Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2008-2009</i> , 29 juin 2009.

À la lumière de ces considérations, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 8

Que le Service correctionnel du Canada établisse des ententes avec des hôpitaux psychiatriques provinciaux — qui ont des structures pouvant accueillir les délinquants sans compromettre la sécurité publique — en vue du transfert, avec compensation financière, de certains détenus qui présentent une menace pour eux-mêmes ou pour les autres et qui ne peuvent être traités dans les centres régionaux de traitement. Ces ententes devraient permettre au personnel correctionnel d'être affecté aux établissements pendant un transfert pour assurer la sécurité publique.

### 5.2.2.2 Établir des ententes avec les autorités provinciales et territoriales et les organismes communautaires afin de pallier les lacunes en matière de continuité des soins

Malgré ses efforts et ses réalisations, le SCC éprouve toujours de grandes difficultés à assurer la continuité entre les services offerts en milieu correctionnel et les services provinciaux. Cela constitue un obstacle de taille pour ce qui est de la réinsertion sociale réussie des délinquants.

Le Comité est d'avis, avec plusieurs témoins, que l'établissement de partenariats avec les autorités provinciales de la santé et des services sociaux, et les organismes communautaires capables d'offrir un soutien aux délinquants permettrait d'améliorer le continuum de soins. Il favoriserait aussi le rétablissement des détenus confrontés à des troubles mentaux et de toxicomanie. Selon Brenda Tole, directrice à la retraite de l'établissement correctionnel provincial pour femmes Alouette, les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux sont généralement très enthousiastes à l'idée de créer des partenariats avec les services correctionnels. Voici ce qu'elle a noté lors de sa comparution :

Selon mon expérience, la plupart des organismes, ministères ou autres agences gouvernementales sont assez enthousiastes à l'idée de créer des partenariats. Ils voient la population [correctionnelle] comme faisant partie de leur collectivité et sont volontiers prêts à participer et à s'engager comme partenaires. Le problème, c'est que le système correctionnel a tendance à être une entité en soi et à se replier sur lui-même et à être très fermé<sup>60</sup>.

Elle a soutenu que ces partenariats sont bénéfiques pour les services correctionnels, les détenus et la société dans son ensemble puisqu'ils facilitent la réinsertion sociale réussie des délinquants dans la collectivité. Elle a aussi noté que les

## 5.2.2.1 Établir des ententes avec les autorités provinciales et territoriales de la santé afin que les détenus atteints d'un trouble de santé mentale grave soient traités dans des hôpitaux psychiatriques, plutôt que dans les établissements correctionnels conventionnels

Les établissements correctionnels sont, par définition, des milieux restrictifs et coercitifs qui affectent la santé mentale des personnes qui y sont détenues. Selon les témoignages entendus, le milieu carcéral peut engendrer ou exacerber des troubles psychiatriques<sup>59</sup> en raison du stress associé à la privation de liberté, des restrictions de l'espace intime et des contacts avec la famille et les proches, et de la violence qui caractérise généralement le milieu carcéral. Sur ce dernier point, des études ont clairement établi que le milieu carcéral engendre de la concurrence pour les ressources rares, noue des relations de dominance et de soumission, et oblige des individus à en côtoyer d'autres dont le comportement peut s'avérer imprévisible.

Pour toutes ces raisons, l'environnement correctionnel constitue souvent une entrave au traitement thérapeutique; l'environnement des soins de santé convient beaucoup mieux au traitement des personnes atteintes d'une maladie mentale grave en situation de crise.

Pour améliorer sa capacité de répondre aux besoins psychiatriques des délinquants sous sa responsabilité, le SCC a mis sur pied les CRT. Bien que ces centres offrent un environnement plus approprié au traitement des personnes atteintes d'une maladie mentale grave, ils ne suffisent pas à la demande.

Dans la région du Québec, le SCC peut aussi s'appuyer sur une entente avec l'Institut Philippe-Pinel (Pinel) de Montréal. Les détenus nécessitant des soins psychiatriques pointus reçoivent ainsi des soins du personnel de santé rattaché à Pinel lors d'une visite en détention ou d'une hospitalisation suivant leur transfert. Grâce à cette entente, le SCC aurait amélioré la qualité des soins psychiatriques prodigués aux détenus atteints d'une maladie mentale grave. Il s'agit d'une entente avantageuse pour le détenu, le SCC et aussi la société dans son ensemble. Elle doit, de l'avis du Comité, servir d'exemple pour la conclusion de nouvelles ententes de partenariats.

Enfin, des ententes entre les services correctionnels et les administrations provinciales de la santé existent déjà en Nouvelle-Écosse pour la prestation des soins de santé prodigués aux détenus condamnés à des peines de moins de deux ans d'emprisonnement. Ces ententes auraient grandement contribué à l'amélioration des soins de santé en milieu correctionnel.



préconisant un juste équilibre entre l'aide et le contrôle des délinquants conformément à l'article 3 de la LSCMLC. Dans la pratique, les professionnels de la santé peuvent éprouver des difficultés à concilier l'aide et le contrôle des délinquants dans un environnement exigeant la prise en compte de plusieurs éléments de sécurité. Selon l'enquêteur correctionnel, les psychologues du SCC « participent principalement à l'évaluation des risques, au détriment du traitement et de la réhabilitation »<sup>57</sup>. Cela l'amène à conclure que le défi que constitue pour le SCC le manque de ressources humaines pour la prestation des soins de santé mentale est « tout autant un d'accent et de priorité que de nombre d'employés »<sup>58</sup>.

Le Comité reconnaît que l'adoption d'un système similaire à celui de la Norvège ou de l'Angleterre et du pays de Galles pose des défis de gouvernance particuliers au Canada en raison du partage des compétences dans le domaine de la santé entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Néanmoins, il considère que le transfert des responsabilités pour la prestation des soins de santé en milieu correctionnel aux administrations provinciales et territoriales de la santé présente des avantages importants et mérite l'attention des gouvernements. Le Comité recommande donc :

## RECOMMANDATION 7

Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux entament des discussions en vue d'établir des partenariats et des ententes de services avec des hôpitaux pour la prestation des soins de santé de façon à ce que les détenus fédéraux puissent bénéficier des mêmes possibilités d'accès aux soins de santé que tout autre citoyen. De tels partenariats auraient par ailleurs l'avantage d'assurer une continuité des soins de santé mentale suite à la libération des détenus dans la collectivité.

### 5.2.2 Entre-temps, renforcer la capacité du Service correctionnel du Canada de répondre aux besoins des détenus sous responsabilité fédérale par l'établissement de partenariats

Le Comité reconnaît que le transfert des responsabilités en matière de prestation de soins de santé dans le système correctionnel fédéral risque de prendre un certain temps. Pour renforcer sa capacité de répondre aux besoins des détenus sous responsabilité fédérale et faire en sorte qu'ils puissent réintégrer la collectivité en tant que citoyens respectueux des lois, le Comité estime que le SCC doit, entre-temps, travailler à l'établissement de partenariats avec des hôpitaux et des services de santé mentale dans la collectivité. Outre l'amélioration de la qualité des soins dispensés, cette approche favoriserait la continuité des soins suivant la mise en liberté des détenus.

3) **Prévient l'isolement des professionnels de la santé.** Les professionnels de la santé rencontrés en Norvège et en Angleterre ont tous fait valoir que le fait de relever d'une administration de la santé plutôt que d'une administration correctionnelle contribue à un sentiment d'appartenance au réseau de la santé et prévient donc l'isolement professionnel. À titre d'exemple, un témoin rencontré en Angleterre a soutenu que le travail en prison était autrefois considéré comme une forme d'isolement professionnel; désormais, il est perçu comme s'inscrivant dans une démarche multidisciplinaire passionnante et offrant de nombreuses possibilités de perfectionnement.

4) **Remédie aux problèmes de recrutement des professionnels de la santé en milieu correctionnel.** En plus d'offrir des salaires concurrentiels aux professionnels de la santé qui exercent en milieu correctionnel, la Norvège, l'Angleterre et le pays de Galles ont adopté une approche qui rend l'environnement carcéral plus intéressant pour les professionnels de la santé. Selon des témoins, puisque les professionnels de la santé relèvent de la même administration qui est responsable de la santé de l'ensemble des citoyens, ils peuvent facilement agencer le travail en milieu correctionnel à un travail en milieu hospitalier et communautaire. Un professionnel de la santé qui accepte de travailler en milieu correctionnel n'est donc pas confiné à ce milieu et peut facilement retourner en milieu hospitalier ou communautaire, s'il le désire.

5) **Contribue à une prestation plus intégrée des soins et des services de santé offerts en établissement et dans la collectivité.** De l'avis de nombreux témoins, l'intégration des interventions produites en milieu fermé (prison) et en milieu ouvert (collectivité) facilite grandement le continuum de soins de santé dispensés aux délinquants, surtout après leur mise en liberté dans la collectivité. En outre, le transfert des détenus dans des hôpitaux et des cliniques spécialisées est rendu beaucoup plus aisé, car les administrations responsables des soins de santé en prison sont aussi responsables des soins de santé dans la collectivité. Dans un système comme celui du Canada, la continuité des soins devient plus difficile, notamment en raison du partage des responsabilités entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de santé et de l'isolement des professionnels en santé mentale à l'emploi du SCC.

6) **Établit clairement le rôle des professionnels de la santé en milieu correctionnel.** Bon nombre de témoins ont reconnu qu'il peut être ardu pour les professionnels de la santé à l'emploi d'une administration correctionnelle de prioriser l'objectif de la réhabilitation et du traitement par rapport à l'objectif disciplinaire. Selon ces témoins, la stratégie adoptée en Norvège et en Angleterre a l'avantage de favoriser une approche thérapeutique en milieu correctionnel, approche qui convient mieux au traitement des troubles mentaux et de toxicomanie. Au Canada, le SCC doit contribuer à la protection de la sécurité publique en

mis au jour des lacunes importantes concernant la prestation des soins de santé dans les prisons anglaises et galloises.

À la lumière des témoignages recueillis en Angleterre, le transfert des responsabilités au NHS a contribué à l'amélioration de la qualité des soins de santé offerts aux détenus. De plus, il a grandement facilité le recrutement de professionnels de la santé en milieu correctionnel (dont les infirmières spécialisées en santé mentale).

D'après le directeur des services de santé pour les délinquants, Richard Bradshaw, la réforme facilite aussi le transfert des détenus qui exigent des soins de santé spécialisés dans les hôpitaux psychiatriques. Il a également mentionné que les autorités responsables des prisons et des services de santé travaillent en collaboration afin de créer des unités sécurisées dans des centres de santé mentale et des hôpitaux afin d'éviter, dans la mesure du possible, de prendre en charge des détenus confrontés à des maladies mentales graves dans le milieu correctionnel.

### 5.2.1.3 Six raisons pour transférer la responsabilité des services de santé en milieu correctionnel aux autorités provinciales de la santé

Les approches adoptées en Norvège, en Angleterre et au pays de Galles diffèrent dans les détails. Elles présentent pourtant des avantages similaires en ce qui a trait à l'accès à des soins de qualité en milieu correctionnel et à la continuité des soins offerts aux délinquants dans la collectivité.

Plus précisément, le transfert de la responsabilité des soins de santé en milieu correctionnel à des administrations de la santé :

1) **Met en évidence le principe que les détenus doivent bénéficier d'un niveau de soins équivalent à ceux offerts dans la collectivité.** Selon certains témoins, le transfert confirme que les détenus sont des citoyens à part entière : ils doivent donc bénéficier des mêmes possibilités d'accès aux soins de santé. Cette approche est évidemment avantageuse non seulement pour le détenu, mais aussi pour le personnel et pour la société dans son ensemble, puisque la majorité des détenus réintègrent un jour ou l'autre la collectivité.

2) **Intègre la formation et la recherche en milieu carcéral à la pratique normale.** Certains témoins rencontrés en Angleterre et en Norvège ont souligné que le transfert permet d'intégrer plus facilement la santé des détenus aux questions plus vastes de santé publique. En Angleterre, la formation dispensée aux professionnels de la santé et de récentes initiatives de promotion de la santé témoignent de ce changement important. Ces initiatives reconnaissent davantage l'importance de tirer profit de la période de détention pour promouvoir la santé des détenus et, de ce fait, de la population dans son ensemble.



En Norvège, les délinquants qui souffrent de maladies mentales graves ne sont pas soignés en prison, mais bien dans les hôpitaux psychiatriques exploités par les administrations régionales de la santé. Seuls les délinquants atteints de maladies mentales moins graves reçoivent leur traitement en prison par l'entremise des professionnels de la santé de la municipalité dans laquelle ils sont détenus.

Pour assurer la prestation de soins de santé adéquats, les administrations municipales de la santé ont passé des contrats avec les cliniques et les hôpitaux psychiatriques de la région. Aux termes de ces contrats, la clinique ou l'hôpital assure des services de santé spécialisés aux détenus pris en charge par la municipalité; la clinique ou l'hôpital délègue une infirmière psychiatrique, un psychologue ou un psychiatre à la prison.

D'après les témoignages, ce système n'est pas parfait. Les administrations municipales ne réussissent pas toujours à assurer une présence régulière du personnel psychiatrique dans les prisons; les détenus qui obtiennent des traitements spécialisés dans les hôpitaux psychiatriques ou les cliniques spécialisées sont aussi souvent renvoyés trop tôt en prison. En conséquence, leurs troubles de santé y refont rapidement surface. Certains experts estiment que pour éviter ce cercle vicieux, les administrations municipales doivent élaborer des contrats additionnels avec les hôpitaux et les cliniques capables de prendre en charge les détenus qui nécessitent des soins spécialisés.

Enfin, les témoins rencontrés à Oslo ont souligné que les détenus norvégiens ont les mêmes droits que le reste de la population en ce qui a trait aux services de santé (les services sont fondés sur le principe de l'équivalence). D'ailleurs, le cadre législatif prévoit l'accès sans frais à des soins de santé privés pour les détenus qui ne reçoivent pas les services de santé appropriés en temps opportun. Il est donc dans l'intérêt des administrations publiques norvégiennes, qui doivent dans ces cas assurer les coûts des services de santé encourus dans le secteur privé, de faire en sorte que ces délinquants obtiennent les services dont ils ont besoin en temps voulu.

## 5.2.1.2 L'Angleterre et le pays de Galles

Depuis avril 2006, le National Health Service (NHS), organisme responsable des services de santé pour l'ensemble des citoyens britanniques, a l'entière responsabilité des services de santé dispensés dans les prisons anglaises et galloises. Par ce transfert, le gouvernement a voulu améliorer les soins de santé en milieu correctionnel et souligner que les détenus, en tant que partie intégrante de la collectivité, doivent avoir accès à des soins de santé équivalents à ceux que peuvent obtenir tous les autres citoyens britanniques.

Cette réforme a été amorcée en 2000 avec le transfert, du ministère de la Justice au ministère de la Santé, des responsabilités en regard de l'élaboration des politiques publiques de santé en prison. Elle fait suite à la publication de nombreux rapports qui ont



## 5.2 RECONNAÎTRE LES AVANTAGES QUI DÉCOULENT DE LA CRÉATION DE PARTENARIATS POUR LA PRESTATION DE SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE EN MILIEU CORRECTIONNEL

Bon nombre des témoins étaient d'avis que le SCC ne peut relever, sans l'établissement de partenariats, le défi que présente la gestion des délinquants aux prises avec des troubles de santé mentale et de toxicomanie. Ces partenariats pourraient englober les administrations provinciales et territoriales responsables de la santé et des services sociaux, les ressources de santé communautaires ou encore les organisations non gouvernementales capables d'offrir un soutien aux délinquants, et de les aider à résoudre leurs problèmes sociaux et financiers (p.ex. leur trouver un logement adéquat et un emploi stable).

Au Canada et à l'étranger, le Comité a pris connaissance de pratiques prometteuses pour le traitement et l'appui des délinquants atteints de troubles mentaux et de toxicomanie en établissement et dans la collectivité. La section suivante présente les différents modèles de partenariat qui ont été portés à l'attention du Comité pendant son examen. On y fait également des recommandations visant à améliorer la qualité des services de santé et de soutien dispensés aux détenus sous responsabilité fédérale atteints de troubles mentaux et de toxicomanie.

### 5.2.1 Les modèles de prestation des services de santé de la Norvège, de l'Angleterre et du pays de Galles

Dans la plupart des pays, y compris au Canada, la prestation des services de santé en milieu carcéral relève d'une administration correctionnelle plutôt que d'une administration de la santé. Cependant, depuis quelques années on tend à transférer cette responsabilité à des administrations de la santé. La Norvège, l'Australie, la France et, plus récemment, l'Angleterre et le pays de Galles ont adopté cette approche.

#### 5.2.1.1 L'approche de la Norvège

Depuis 1988, les services de santé en milieu correctionnel en Norvège sont du ressort du ministère de la Santé et des Services sociaux, plutôt que du ministère de la Justice. Les services de santé en milieu carcéral sont donc indépendants du volet administratif et économique de l'administration correctionnelle.

En 1994, le gouvernement norvégien a chargé les municipalités de la prestation des soins de santé primaires en prison, de l'embauche du personnel de santé (infirmières, médecins, physiothérapeutes) et de la référence des cas nécessitant des soins spécialisés. En règle générale, le remboursement de ces services est assuré par des subventions gouvernementales<sup>56</sup>. Les soins de santé spécialisés dans les prisons

Le Comité est déçu d'apprendre que le manque de financement entrave la création de tribunaux de la santé mentale et de toxicomanie. Il faut plutôt, augmenter le financement, le nombre et l'usage de ces tribunaux afin de veiller à ce que les délinquants reçoivent le traitement qui leur convient au moment opportun. En conséquence, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 5

**Que le gouvernement fédéral appuie la création et le financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie et des tribunaux de la santé mentale afin de diriger les délinquants toxicomanes vers des centres de traitement et ceux atteints de troubles mentaux vers les services appropriés.**

Le Comité a entendu à maintes reprises que la toxicomanie coexiste fréquemment avec des troubles de santé mentale au sein de la population correctionnelle et que les services réussis ou parallèles ne sont pas efficaces dans le traitement des troubles concomitants<sup>55</sup>. Les pratiques exemplaires dans ce domaine démontrent qu'il est préférable de traiter les troubles simultanément. Quoique le Comité n'ait pas recueilli de témoignages au sujet des tribunaux communautaires, il estime que leur approche qui permet le traitement simultané des troubles de santé mentale et de toxicomanie pourrait s'avérer des plus utiles pour traiter les individus confrontés à des troubles concomitants.

Les tribunaux communautaires comme ceux de la Colombie-Britannique et du Royaume-Uni sont fondés sur le modèle américain de la justice communautaire; elle vise à établir des partenariats dans la collectivité et à s'attaquer aux facteurs sous-jacents de l'activité criminelle. À titre d'exemple, ces tribunaux traitent l'itinérance, la santé mentale et la dépendance aux drogues et à l'alcool. Ils prévoient, par ailleurs, des options similaires aux tribunaux de la santé mentale ou de la toxicomanie en ce qui a trait notamment à l'obligation du délinquant de comparaître périodiquement devant le juge afin d'accroître ses chances de réadaptation.

À la lumière de ces considérations, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 6

**Que le gouvernement fédéral appuie la création et le financement de tribunaux communautaires afin de diriger les délinquants ayant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie vers les ressources de santé appropriées.**

## 5.1.2.1 Les tribunaux de traitement de la toxicomanie et de la santé mentale

Des tribunaux spécialisés notamment en matière de santé mentale et de toxicomanie sont fonctionnels depuis plusieurs années au Canada<sup>53</sup>. Le Comité appuie le travail de ces tribunaux qui privilégient une approche thérapeutique dans le traitement des délinquants atteints de troubles mentaux et de toxicomanie. Grâce à un encadrement juridique, les délinquants qui participent à ces programmes sont orientés vers les soins de santé appropriés que ce soient des soins primaires ou spécialisés.

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie s'efforcent de réduire l'abus des substances psychoactives, la criminalité et la récidive par la réadaptation des délinquants; pour ce faire, ils proposent un traitement intensif sous surveillance judiciaire comme solution de rechange à l'incarcération. Pour y accéder, le délinquant doit plaider coupable aux chefs d'accusation portés contre lui. Afin d'obtenir le soutien de la collectivité, l'équipe multidisciplinaire en charge du dossier veille également à ce que le délinquant ait un logement sûr et, si opportun, un emploi stable ou qu'il poursuive des études ou une formation professionnelle. En contrepartie, le délinquant doit comparaître de façon régulière devant le juge qui examine ses progrès, impose des sanctions ou donne des récompenses le cas échéant.

Les tribunaux de la santé mentale sont aussi conçus afin de répondre aux besoins multiples et complexes des délinquants qui y sont référés<sup>54</sup>. Des témoins ont indiqué que le succès de ces tribunaux et celui des délinquants participants repose sur une étroite collaboration avec les partenaires dans la collectivité. Aux dires des témoins, l'équipe multidisciplinaire de ces tribunaux fait preuve d'une sensibilité particulière envers une clientèle plutôt fragile et trop souvent stigmatisée.

Le Comité s'inquiète du recours insuffisant aux tribunaux de la santé mentale et des conséquences néfastes qui en résultent pour les systèmes correctionnels. Les délinquants atteints de troubles mentaux purgent une plus grande partie de leur peine en établissement que les autres délinquants condamnés pour des infractions identiques. Comme l'a appris le Comité, cela peut être imputable à de multiples raisons, dont le fait que les délinquants atteints de troubles mentaux ont souvent du mal à s'adapter au milieu carcéral et risque davantage de mal se comporter ou de commettre des actes de violence en raison de leur maladie. L'allongement du temps passé en détention revêt une certaine importance puisqu'il peut entraîner des périodes d'isolement plus nombreuses, des altercations avec les gardiens, la prise de médicaments psychiatriques coûteux et même le suicide.

53 Le Canada compte actuellement six tribunaux de traitement de la toxicomanie financés par le gouvernement fédéral : Toronto (décembre 1998), Vancouver (décembre 2001), Edmonton (décembre 2005), Winnipeg (janvier 2006), Ottawa (mars 2006) et Regina (octobre 2006). Il existe par ailleurs des tribunaux qui ne sont pas financés par le gouvernement fédéral. Par exemple, le tribunal de traitement de la toxicomanie de Calgary est financé par la ville de Calgary.

54 Des tribunaux de traitement de la santé mentale ont été créés notamment à Ottawa, Montréal et Toronto.



Que le gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les provinces et les territoires à déceler tôt les troubles mentaux et la toxicomanie chez les délinquants en détention provisoire et à obtenir pour eux des services de traitement de ces problèmes qui mènent si souvent à l'escalade de la criminalité et à l'incarcération.

#### RECOMMANDATION 4

À la lumière de ces considérations, le Comité recommande :

Le Comité est conscient que certains délinquants ne remplissent pas les conditions préalables à la déjudiciarisation et se retrouvent en détention provisoire dans un établissement correctionnel provincial avant leur comparution devant le tribunal. Dans de tels cas, le délinquant devrait systématiquement faire l'objet d'une évaluation psychiatrique afin de déceler, s'il y a lieu, des troubles mentaux et/ou de toxicomanie. Cette évaluation permettrait d'informer les intervenants des tribunaux afin qu'ils puissent examiner l'ensemble des facteurs pertinents au dossier et s'assurer que le délinquant reçoit les traitements et les services appropriés. L'évaluation des troubles mentaux, y compris de la toxicomanie, et le traitement subséquent contribueraient à remédier au syndrome de la porte tournante.

Que le gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les provinces et les territoires afin que l'on forme les agents de police, les procureurs de la Couronne et les autres intervenants du système de justice pénale de manière qu'ils sachent reconnaître les symptômes des troubles mentaux, de la maladie mentale et de la toxicomanie et puissent diriger les délinquants vers les services de traitement appropriés.

#### RECOMMANDATION 3

À cette fin, le Comité recommande :

Le Comité est d'accord avec Lord Bradley et plusieurs témoins : les mesures de déjudiciarisation sont une composante importante d'un système qui respecte les droits des personnes de recevoir les services de santé dont elles ont besoin. Afin de déceler les troubles mentaux et de toxicomanie et d'intervenir le plus tôt possible, le Comité estime qu'il est primordial de former les agents de police, les procureurs de la Couronne et les autres intervenants du système de justice afin qu'ils puissent reconnaître les symptômes des troubles mentaux et de toxicomanie et diriger les individus vers les ressources communautaires et de santé adaptées.



élabore une stratégie nationale, en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada et tout en respectant les champs de compétences des provinces et des territoires, afin de régler efficacement les problèmes de santé mentale durant l'enfance et l'adolescence et de réduire considérablement le taux de criminalité à l'âge adulte.

## 5.1.2 La nécessité d'investir davantage dans les initiatives de déjudiciarisation

Tout comme plusieurs pays, le Canada ne peut ignorer le lien entre la maladie mentale, la toxicomanie et le système de justice pénale en raison du nombre croissant d'individus confrontés à ce genre de troubles qui se retrouvent devant la justice et dans nos établissements correctionnels. Cela étant dit, il importe de souligner que la majorité des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale n'ont pas de démêlés avec la justice pénale. De plus, l'individu affecté par ce genre de trouble qui commet un crime ne correspond pas toujours à l'image qu'on se fait d'un criminel. Dans certains cas, les infractions résultent directement de la maladie mentale ou encore d'un besoin de subvenir à une dépendance à la drogue. La documentation établit bien que les troubles de santé mentale non traités augmentent le risque d'un contact avec le système de justice pénale et que les délinquants aux prises avec de graves troubles mentaux sont plus susceptibles d'être inculpés et de récidiver rapidement.

Le Comité convient avec plusieurs témoins que les mesures de déjudiciarisation permettant de réduire la fréquence des démêlés avec la justice et favorisant une intervention précoce auprès des individus aux prises avec des troubles mentaux et de toxicomanie sont un élément clé pour contrer la criminalisation et l'incarcération de ces personnes.

La déjudiciarisation peut prendre plusieurs formes; on peut y recourir à différentes étapes du processus pénal. Les policiers, les procureurs et les tribunaux canadiens ont d'ailleurs recours à des mesures de déjudiciarisation depuis plusieurs années. Puisqu'ils sont le premier point de contact entre le délinquant et le système de justice pénale, les policiers jouent un rôle important dans les efforts d'intervention auprès de ces individus. Ils sont très bien placés pour intervenir rapidement et orienter au besoin l'individu vers un centre hospitalier, un établissement psychiatrique ou une ressource communautaire.

Le Comité a aussi consulté le rapport Bradley, lequel insiste sur la nécessité de mettre en œuvre et d'appliquer des initiatives de déjudiciarisation. Ce rapport souligne notamment la nécessité de bâtir des partenariats solides pour tracer la voie au traitement des délinquants dans la collectivité. Il recommande, entre autres, que les agents de police travaillent en étroite collaboration avec les procureurs de la Couronne et avec le personnel judiciaire afin de pouvoir leur communiquer, le cas échéant, les informations qu'ils ont en main sur la santé mentale des délinquants et leurs problèmes de toxicomanie.

gratuite, alors qu'on tend à associer des coûts aux initiatives de prévention<sup>51</sup>. Au contraire, des recherches ont démontré que l'emprisonnement est une mesure coûteuse qui ne convient pas généralement à la prise en charge de personnes fragilisées par des troubles mentaux. L'emprisonnement peut faire apparaître des troubles mentaux ou encore contribuer à leur récurrence et à l'aggravation des symptômes en raison, notamment, du stress qui découle des risques d'intimidation et de violence, de la séparation des familles et des proches et des inquiétudes liées à la libération éventuelle des détenus.

À la lumière de ces considérations, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 1

Que le gouvernement fédéral en collaboration avec les provinces et les territoires, s'engage et investisse sérieusement dans le système de santé mentale afin de faciliter l'identification et le traitement des personnes atteintes de troubles de santé mentale et de toxicomanie avant qu'elles aboutissent dans le système correctionnel.

À Londres, le Comité a pris connaissance d'une étude récente, intitulée *Childhood Mental Health and Life Chances in Post-war Britain. Insights from three national birth cohort studies* (Santé mentale durant l'enfance et perspectives d'avenir dans le Royaume-Uni de l'après-guerre : Études sur trois cohortes de naissance nationales), qui illustre l'importance d'investir dans des mesures de soutien aux parents et aux familles et dans les programmes d'interventions préscolaires destinés aux enfants souffrant de troubles émotionnels et de comportement<sup>52</sup>. L'analyse des trois cohortes de naissances (1946, 1958, 1970) a révélé que les troubles de santé mentale non traités durant l'enfance et l'adolescence affectent grandement le parcours de vie. Les résultats indiquent entre autres que ces personnes ont généralement un plus faible niveau de scolarisation que la population en général, éprouvent des difficultés à trouver des emplois et à les garder toute leur vie et risquent davantage d'avoir des démêlés avec le système de justice pénale à l'âge adulte.

Compte tenu des importantes économies éventuelles pour le système pénal et la baisse du taux de criminalité qu'entraîneraient la détection des problèmes de santé mentale à un stade précoce et la mise en œuvre de programmes et de traitements adéquats avant l'âge adulte, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 2

Que le gouvernement fédéral étudie le rapport intitulé *Santé mentale durant l'enfance et perspectives d'avenir dans le Royaume-Uni de l'après-guerre : Études sur trois cohortes de naissance nationales et*

51	Cette remarque est tirée du témoignage de Sir Alan Beith, président du Comité de la justice au Royaume-Uni, lors de la rencontre organisée au Palais de Westminster.
52	Marcus Richards et Rosemary Abbot, <i>Childhood Mental Health and Life Chances in Post-War Britain. Insights from three national birth cohort studies</i> (Santé mentale durant l'enfance et perspectives d'avenir dans le Royaume-Uni de l'après-guerre : Études sur trois cohortes de naissance nationales), 2009.

Ces données sont alarmantes, d'autant plus que selon la CSMC « aucune administration au pays ne peut prétendre avoir mis en œuvre un véritable système de santé mentale ». En règle générale, la CSMC juge qu'« il s'agit plutôt d'un ensemble fragmenté de programmes et de services pour lesquels il est souvent difficile de trouver les ressources nécessaires pour répondre à la demande continue<sup>49</sup> ».

Selon la CSMC, « [u]n système de santé mentale doit être global et prendre en considération l'ensemble des facteurs qui influencent la santé mentale et le bien-être des personnes qui habitent le Canada<sup>50</sup> ». Il doit donc tenir compte des facteurs économiques, sociaux, environnementaux, culturels, familiaux et individuels qui contribuent à une bonne santé mentale. Parmi ceux-ci, il faut noter l'accès à un logement adéquat et à un revenu stable, et les facteurs qui augmentent la probabilité qu'une personne développe des troubles mentaux au cours de sa vie, comme la pauvreté, la consommation abusive de drogue et d'alcool, la violence et l'isolement social.

Pour éviter que des personnes confrontées à des problèmes de santé mentale ou encore à une dépendance aux drogues et à l'alcool commettent des crimes en raison de leurs difficultés et se retrouvent incarcérées dans des institutions correctionnelles provinciales ou fédérales, il faut également s'assurer que les services en santé mentale sont disponibles et efficaces dans la collectivité.

Comme plusieurs témoins, le Comité estime que pour alléger le fardeau imposé au SCC en matière de santé mentale et de toxicomanie, il est impératif :

- d'accroître le financement aux provinces et territoires afin qu'ils puissent pourvoir aux services et aux programmes qui s'attaquent aux déterminants structurels et sociaux de la santé mentale, en particulier l'accès à un logement adéquat et à un revenu stable;
- de renforcer la capacité du réseau de la santé publique et des services sociaux de répondre aux besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie de la population en facilitant notamment l'accès aux traitements et aux services de soutien;
- d'améliorer le dépistage précoce des troubles mentaux et de dépendance à l'alcool et aux drogues.

Le Comité convient avec les témoins rencontrés qu'il sera plus rentable, à long terme, d'investir dans les facteurs de risque et de protection qui affectent la santé mentale des Canadiens, plutôt que d'accroître régulièrement le financement des services en santé mentale offerts dans les établissements correctionnels. Tel que noté par un témoin rencontré à Londres, il faut cesser de considérer l'emprisonnement comme une ressource



# CHAPITRE 5 : OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

## 5.1. INVESTIR EN AMONT AFIN QUE LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX ET DE TOXICOMANIE NE FINISSENT PAS EN DÉTENTION EN RAISON D'UN MANQUE DE RESSOURCES DANS LA COLLECTIVITÉ

Lorsqu'il s'agit de délinquants atteints de troubles mentaux, le meilleur moyen de prévenir le crime est de traiter ces troubles, mais nous avons un système carcéral, pas un système de santé. La meilleure façon d'éviter que ces gens n'aient maille à partir avec la loi, c'est sans doute de leur offrir les services et traitements voulus dans la collectivité avant qu'ils n'arrivent dans les services correctionnels<sup>46</sup>.

Cet extrait du témoignage de l'enquêteur correctionnel résume bien le sentiment partagé par un grand nombre de témoins rencontrés au Canada, en Norvège et en Angleterre. Bien que l'examen n'ait pas porté précisément sur les initiatives communautaires de prévention en matière de santé mentale et de toxicomanie, il s'agit, croit le Comité, d'un aspect clé de la problématique qui l'intéresse. Cette première section présente donc des observations et des recommandations qui s'attaquent à la problématique dans une perspective de prévention.

D'entrée de jeu, le Comité tient à souligner qu'il appuie la décision des ministres à l'échelon fédéral-provincial-territorial responsables de la justice qui ont convenu, lors de la réunion tenue à Fredericton au Nouveau-Brunswick, les 29 et 30 octobre 2009, de l'importance de « s'attaquer aux problèmes croissants que pose la santé mentale et le système de justice pénale »<sup>47</sup> et de faire de ce sujet un point à l'ordre du jour de leurs prochaines réunions. La collaboration entre les divers paliers gouvernementaux est au cœur d'un système de santé mentale intégré qui permettra d'éviter que les personnes atteintes de troubles mentaux et de toxicomanie se retrouvent en prison à tort en raison de leurs difficultés.

### 5.1.1 La nécessité d'investir dans le système de santé mentale et de toxicomanie et de développer une stratégie nationale à cet égard en collaboration avec les provinces et les territoires

On estime que, chaque année, « environ un Canadien sur cinq vivra l'expérience d'une maladie mentale ou de troubles mentaux pouvant être diagnostiqués » : troubles qui se développeront généralement durant l'enfance et l'adolescence (70 % des cas)<sup>48</sup>.

46	Témoignages, 2 juin 2009.
47	Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, communiqué, 2009 <a href="http://www.scics.gc.ca/cinfo09/830974004_f.html">http://www.scics.gc.ca/cinfo09/830974004_f.html</a> .
48	Commission de la santé mentale du Canada, <i>Vers le rétablissement et le bien-être : cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada</i> , novembre 2009.



sécurité d'autres détenus et de la personne de première ligne et peuvent devenir instables dans la collectivité après leur mise en liberté, en particulier lorsque les fournisseurs<sup>44</sup> de services ne considèrent pas les délinquants comme l'un de leurs groupes clients<sup>44</sup>.

Pour le SCC, la difficulté de gérer une population qui nécessite davantage de soins et de services tient également à plusieurs éléments. Il convient de mentionner l'infrastructure vieillissante de plusieurs de ses établissements correctionnels, le financement insuffisant de l'organisation, les problèmes de recrutement et de maintien en poste des professionnels en santé mentale et les priorités conflictuelles du système correctionnel qui visent à la fois l'aide et le contrôle des délinquants. Voici ce que l'enquêteur correctionnel a déclaré à ce sujet :

La lenteur et la difficulté des progrès tiennent à bien des causes. C'est beaucoup à cause du moment où l'argent a été débloqué, beaucoup à cause des problèmes de recrutement et de maintien en emploi de professionnels de la santé, beaucoup à cause de priorités concurrentes du système carcéral. Cela tient aussi en partie à la tension dont j'ai parlé: il s'agit d'un système carcéral et non d'un système de santé.

Rien de plus facile que de dire que le Service correctionnel a échoué ou a mal géré le dossier. Ce serait trop facile et ce serait inexact. [Le SCC] est très conscient du défi [...].

Je vous dirai que ce ne sont pas les bonnes intentions qui manquent. Il y a des problèmes d'ordre structurel et opérationnel, mais il manque aussi un sentiment<sup>45</sup> d'urgence, une prise de conscience du caractère immédiat et prioritaire du problème.

Le Comité conclut que le gouvernement fédéral doit reconnaître l'urgence du problème en contribuant à la recherche et à la mise en œuvre de solutions novatrices et efficaces en matière de santé mentale et de toxicomanie et en augmentant substantiellement le budget alloué au SCC en vue de la prise en charge de la clientèle correctionnelle confrontée à ces troubles. Afin de réduire à plus long terme le fardeau imposé aux institutions correctionnelles fédérales, provinciales et territoriales, le Comité croit que les gouvernements devraient investir davantage en amont, à savoir dans la prévention des troubles de santé mentale et de toxicomanie et dans les initiatives de déjudiciarisation. Le chapitre suivant présente les observations du Comité et des recommandations en ce qui a trait aux services de santé mentale et de toxicomanie dispensés dans la collectivité et au sein du système correctionnel fédéral.

La gestion de cette clientèle correctionnelle représente un défi d'envergure pour le SCC qui doit assurer sa sécurité et lui offrir les soins et les programmes susceptibles de répondre efficacement à ses besoins. Le défi est aussi complexe, car le système correctionnel fédéral a été confronté au cours des dernières années à un changement du profil de la clientèle correctionnelle. Les détenus sous responsabilité fédérale seraient devenus plus violents et plus agressifs. Au moment de l'étude, le SCC estimait qu'environ 60 % des délinquants sous sa responsabilité avaient un passé criminel marqué par la violence<sup>39</sup>. Les délinquants étaient plus souvent qu'autrefois placés dans les établissements à sécurité maximale au moment de leur admission<sup>40</sup>. Un plus grand nombre de délinquants étaient affiliés à un gang ou à une organisation criminelle. Tel que noté dans le rapport du Comité d'examen du SCC, le SCC estime qu'il s'agit d'environ un délinquant sur six et une délinquante sur dix<sup>41</sup>. Ces éléments viennent ainsi s'ajouter à l'augmentation importante du nombre de délinquants qui sont aux prises avec de graves problèmes d'abus de drogues ou d'alcool et de profonds troubles de santé mentale au moment de leur admission en détention.

Pour bien comprendre le défi que doit relever le SCC, il faut également tenir compte du fait que les personnes incarcérées sont généralement en moins bonne santé que la population en général<sup>42</sup>. Cette population se caractérise notamment par une forte prévalence de maladies infectieuses comme le VIH et l'hépatite C. Des estimations révèlent que les détenus sous responsabilité fédérale seraient de sept à dix fois plus susceptibles que le reste de la population d'être porteurs du VIH, et près de trente fois plus à risque d'avoir contracté l'hépatite C<sup>43</sup>. De plus, il s'agit d'une population généralement précarisée par rapport à l'emploi, au logement, aux revenus de même que sur le plan social.

Les besoins croissants et criants en santé mentale de la clientèle correctionnelle posent de lourds défis au SCC qui en est pleinement conscient. Il reconnaît ouvertement les conséquences néfastes de l'insuffisance des services en santé mentale dispensés dans ses établissements correctionnels. Voici ce que soutient le SCC dans son rapport sur les plans et priorités :

Les détenus qui souffrent de troubles mentaux non traités ne peuvent s'engager pleinement dans la réalisation de leurs plans correctionnels, compromettent parfois la

39 Comité d'examen du Service correctionnel du Canada, *Feuille de route pour une sécurité publique accrue*, octobre 2007, p. 3.

40 *Ibid.*

41 *Ibid.*

42 D<sup>e</sup> Ruth Martin, enseignante clinique, Department of Family Practice and Collaborating Centre for Prison Health and Education, Université de la Colombie-Britannique, *Témoignages*, 16 mars 2010.

43 Voir notamment la publication du SCC, *Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone*, 2003, à l'adresse suivante <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/index-fra.shtml>.

d'ailleurs précisé que : « [...] si nous interprétons la déclaration du commissaire [du SCC à savoir que 80 % des détenus sous responsabilité fédérale ont des problèmes de consommation de drogues et ou d'alcool lors de leur admission en détention] à la lumière de ce que nous savons actuellement au sujet de l'association entre toxicomanie et santé mentale, nous serions justifiés de croire qu'environ 80 % des détenus actuellement incarcérés souffrent de troubles concomitants<sup>35</sup> ». Cette affirmation a toutefois été contestée par d'autres témoins qui ont noté que tous les détenus qui sont confrontés à des problèmes de consommation de drogue et d'alcool ne sont pas nécessairement toxicomanes. De plus, tous les toxicomanes ne souffrent pas forcément d'un trouble de santé mentale<sup>36</sup> et, dans le même sens, les personnes atteintes d'une maladie mentale ne souffrent pas obligatoirement de toxicomanie. Le Comité n'a pas pu trancher cette question puisque les représentants du SCC rencontrés pendant l'étude n'ont présenté aucune donnée en ce qui a trait à l'incidence des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie au sein de la population correctionnelle fédérale.

Les délinquants qui souffrent de problèmes de santé mentale sont très vulnérables au sein de la population correctionnelle. Pendant l'examen, tous les délinquants atteints d'un trouble mental avec lesquels le Comité a échangé ont dit ne pas se sentir en sécurité dans les établissements correctionnels traditionnels. Ils ont également souligné être fréquemment victimes d'intimidation et de violence de la part des autres détenus.

En outre, les statistiques compilées par les administrations correctionnelles sur les suicides et les incidents d'automutilation nous apprennent que les délinquants qui ont des troubles de santé mentale risquent davantage de tenter de se suicider ou de s'automutiler comparativement aux autres délinquants.

Il faut réaliser que les délinquants atteints de troubles mentaux ont généralement du mal à s'adapter au milieu correctionnel. « [I]ls ne comprennent pas toujours les règlements et ils ont parfois du mal à les respecter et à s'adapter à ce cadre »<sup>37</sup>. La difficulté d'adaptation est d'autant plus grande que certains comportements compulsifs et irrationnels associés à leurs troubles mentaux sont souvent interprétés comme des gestes de violence et non comme un trouble de santé mentale, et conduisent à des interventions axées sur la sécurité plutôt que sur le traitement<sup>38</sup>.

35  
36  
37  
38

Témoignages, 27 octobre 2009.

Bien que la toxicomanie soit associée à la santé mentale, elle n'est pas considérée en soi comme une « maladie mentale ». La recherche démontre néanmoins que les toxicomanes risquent davantage de développer une maladie mentale, tous comme les personnes qui souffrent d'une maladie mentale et de toxicomanie, consulter le site Web du Centre de toxicomanie et de santé mentale ([http://www.camh.net/fr/About/Health/Concurrent Disorders/index.html](http://www.camh.net/fr/About/Health/Concurrent%20Disorders/index.html)) à l'adresse suivante : <http://www.camh.net/fr/About/Health/Concurrent Disorders/index.html>.

Howard Sapers, enquêteur correctionnel du Canada, Témoignages, 2 juin 2009.

Ivan Zinger, Témoignages, 2 juin 2009.



ne peut à lui seul expliquer l'augmentation importante du nombre de délinquants sous responsabilité fédérale aux prises avec des troubles mentaux. Voici ce qu'a déclaré l'enquêteur correctionnel lors de sa comparution :

En fait, je crois qu'une partie de l'augmentation du nombre de malades mentaux qui se retrouvent dans les services correctionnels fédéraux tient à des modifications de politique apportées ailleurs. Toutefois, il n'y a pas que la désinstitutionnalisation. Il y aussi les politiques de tolérance zéro et le fait qu'on fait aujourd'hui intervenir la police là où elle ne serait pas intervenue il y a dix ans ou plus. Et nous avons aujourd'hui recours aux tribunaux de manières qui n'existaient pas il y a dix ans ou plus.<sup>30</sup>

Tout au long de l'étude, plusieurs témoins ont aussi mentionné que le système correctionnel fédéral accueille également un grand nombre de délinquants confrontés à une dépendance aux drogues et à l'alcool. Selon les données recueillies, environ quatre délinquants sur cinq sont actuellement admis dans les établissements correctionnels du SCC avec de graves problèmes d'abus de drogues ou d'alcool; la moitié de ces délinquants auraient d'ailleurs commis leur crime sous l'influence de la drogue, de l'alcool ou d'autres substances intoxicantes<sup>31</sup>. En ce qui concerne la situation à l'établissement correctionnel pour femmes Nova, à Dorchester, Adèle McInnis, directrice, a informé le Comité qu'environ 90 % des détenues ont des besoins qui varient de modérés à élevés en matière de drogues et/ou d'alcool.

Bon nombre de témoins rencontrés au Canada, en Norvège et en Angleterre ont fait valoir que plusieurs des détenus atteints de toxicomanie souffrent également de troubles mentaux (les témoins parlaient dans ces cas de troubles concomitants<sup>32</sup>). Dans certains cas, les troubles mentaux résultent de l'abus de psychotropes, tandis que dans d'autres, la consommation de drogues cache la présence de troubles de santé mentale. C'est le cas, par exemple, d'une personne qui abuse d'une substance pour gérer son anxiété ou encore un trouble dépressif. On verra au chapitre cinq que, pour traiter efficacement ces délinquants, les administrations correctionnelles doivent recourir à des modèles de traitements intégrés, soit le traitement simultané du problème de toxicomanie et du trouble mental<sup>33</sup>.

Certains témoins ont aussi avancé que « les problèmes de toxicomanie se manifestent généralement après l'apparition d'un quelconque problème de santé mentale<sup>34</sup> ». Le directeur général de la Société John Howard du Canada, Craig Jones, a

- |    |  |
|----|--|
| 30 | <i>Témoignages</i> , 2 juin 2009.  |
| 31 | Ivan Zinger, directeur exécutif et avocat général, Bureau de l'enquêteur correctionnel, <i>Témoignages</i> , 2 juin 2009.  |
| 32 | L'expression « trouble concomitant » s'applique à des personnes qui souffrent de plusieurs troubles à la fois. Il peut s'agir d'un ou de plusieurs troubles de santé mentale ou de troubles de santé mentale combinés à l'un des troubles de toxicomanie, de santé ou des déficiences intellectuelles. |
| 33 | James Livingston, chercheur, Services en santé mentale et en toxicomanie, Commission des services de psychiatrie médicale de la Colombie-Britannique, <i>Témoignages</i> , 29 octobre 2009.  |
| 34 | Craig Jones, directeur général, Société John Howard du Canada, <i>Témoignages</i> , 27 octobre 2009.   |



population canadienne en général<sup>27</sup>. Aux dires de l'enquêteur correctionnel, « il est même probable que ces établissements abritent les plus grandes populations de malades mentaux au Canada<sup>28</sup> ».

Quoique ces données soient alarmantes, des témoins ont fait valoir qu'elles sous-estiment considérablement l'incidence réelle des troubles mentaux dans le système correctionnel fédéral. Cela tient au fait que le SCC n'a que tout récemment mis en œuvre un système de dépistage de la maladie mentale à l'admission et que les problèmes de santé mentale légers ou modérés sont souvent difficiles à déceler<sup>29</sup>. Enfin, on a également dit au Comité que des pratiques de diagnostic déficientes à l'admission contribuent aussi à la sous-estimation de l'incidence réelle des troubles mentaux.

Selon la définition utilisée de la maladie mentale, James Livingston, chercheur et auteur du rapport *Mental Health and Substance Use Services in Correctional Settings: A Review of Minimum Standards and Best Practices* (Services en santé mentale et en toxicomanie dans le milieu correctionnel : Examen des normes minimales et des pratiques exemplaires), a noté que l'incidence rapportée dans la documentation varie de 10 % à 80 %.

Tout au long de l'examen, plusieurs explications ont été avancées pour rendre compte de la forte prévalence des troubles mentaux dans le système correctionnel canadien. Il s'agit notamment du phénomène de désinstitutionnalisation des patients psychiatriques, des coupures dans les services sociaux, de la judiciarisation croissante des rapports sociaux, de l'introduction de politiques de tolérance zéro en matière de drogues et de restrictions en ce qui a trait aux pratiques d'internement involontaire.

Plusieurs témoins ont défendu la thèse de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Canada, mais aussi en Norvège et en Angleterre. Ce mouvement qui a suivi le développement de la psychopharmacologie avait pour but d'humaniser les traitements en santé mentale, en abandonnant l'asile comme moyen d'intervention et en limitant le nombre et la durée des hospitalisations. Il n'aurait pas donné les résultats escomptés puisque l'augmentation des services de traitement et de soutien communautaire connexe n'a pas été respectée dans la mesure nécessaire.

Quoique tous les témoins s'entendent pour dire que ce mouvement a eu un impact évident sur le système correctionnel canadien, certains ont souligné que ce phénomène

27	<i>Ibid.</i>	
28	Témoignages, 2 juin 2009.	
29	Il faut penser entre autres aux troubles de l'humeur (troubles dépressifs, troubles bipolaires, etc.), aux troubles névrotiques (troubles anxieux, obsessionnel-compulsif, etc.) et aux troubles de la personnalité et du comportement.	

# CHAPITRE 4 : APERÇU DE L'INCIDENCE DES TROUBLES MENTAUX ET DE TOXICOMANIE DANS LA POPULATION CORRECTIONNELLE FÉDÉRALE

Le présent chapitre donne un aperçu de l'incidence des troubles mentaux et de toxicomanie dans la population correctionnelle fédérale. On y traite aussi des défis que présente, pour le SCC, la prise en charge d'une population de délinquants dont le profil est complexe et diversifié.

## 4.1. INCIDENCE DES TROUBLES MENTAUX ET DE TOXICOMANIE DANS LA POPULATION CORRECTIONNELLE FÉDÉRALE

Lors de sa comparution, le commissaire du SCC, Don Head, a indiqué qu'un peu plus d'un délinquant sur dix (12 %) et une délinquante sur cinq (21 %) ont de graves problèmes de santé mentale au moment de leur admission dans un établissement correctionnel fédéral<sup>25</sup>. Cela représente une augmentation respective de 61 % et 71 % depuis 1997.

De plus, en 2007-2008<sup>26</sup> :

- 21,8 % des délinquants et 10,4 % des délinquantes avaient un diagnostic de troubles mentaux au moment de leur admission dans un établissement correctionnel fédéral;
- 30,1 % des délinquantes et 14,5 % des délinquants avaient déjà été hospitalisés en raison de troubles psychiatriques;
- 33,2 % des délinquantes et 20,6 % des délinquants se sont vu prescrire des médicaments pour des troubles psychiatriques à l'admission, pourcentage qui a presque doublé depuis 1998-1999;
- 8,7 % des délinquantes comparativement à 5,9 % des délinquants étaient suivis en psychiatrie en tant que patient externe lors de leur admission en détention.

Selon l'information reçue, les troubles mentaux seraient jusqu'à trois fois plus fréquents chez les détenus incarcérés dans le système correctionnel fédéral que dans la

25	Don Head, Commissaire, Service correctionnel du Canada, <i>Témoignages</i> , 11 juin 2009. SCC, Cahier d'information présenté au Comité en novembre 2009.
26	Les statistiques présentées ci-après ont été compilées à partir du document de Sécurité publique Canada, <i>Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous conditions 2009</i> , Comité de la statistique correctionnelle du portefeuille ministériel de Sécurité publique Canada, décembre 2009.

### 3.2 LE BUDGET DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA

Pour réaliser sa mission, le SCC est doté d'un budget qui atteint près de 2,5 milliards de dollars en 2010-2011, soit une augmentation de 255,7 millions de dollars par rapport à l'exercice précédent<sup>21</sup>. Lors de sa comparaison, le sous-commissaire du SCC, Marc-Arthur Hypolite, a indiqué que la plus grande partie du budget du SCC est constituée de frais fixes. Les informations fournies dans le Budget des dépenses de 2010-2011 montrent en effet qu'environ 69 % des ressources sont consacrées à la prise en charge et à la garde des délinquants, ce qui comprend les coûts fixes ou semi-variables liés aux systèmes de sécurité, aux salaires du personnel correctionnel, à l'entretien des établissements, aux services alimentaires et de santé et aux immobilisations. Environ 18 % des ressources sont affectées aux interventions correctionnelles, ce qui englobe la gestion des cas, la prestation de programmes ciblant les facteurs criminogènes à l'origine du comportement criminel et les activités de formation et de préparation à l'emploi des délinquants. Enfin, le SCC consacre environ 5 % de son budget à la surveillance des délinquants dans la collectivité<sup>22</sup>. Comme le précise le chapitre cinq, plusieurs témoins sont d'avis que le SCC n'alloue pas assez de fonds à la programmation correctionnelle qui accapare de 2 à 2,7 % du budget.

### 3.3 LE PERSONNEL DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA

Le SCC peut compter sur environ 17 000 employés, dont 7 000 agents correctionnels, 2 500 agents de libération conditionnelle ou agents de programme, 750 infirmiers ainsi que 340 psychologues<sup>23</sup>. Les professionnels de la santé représentent environ 3,7 % de l'effectif du SCC (sauf les membres du personnel qui travaillent dans les CRT)<sup>24</sup>. Le SCC bénéficie également de la contribution de quelque 9 000 bénévoles qui travaillent dans les établissements et dans la collectivité. Parmi les activités auxquelles participent les bénévoles, il faut mentionner le tutorat, les services d'alphabétisation, les services d'aumônerie et de pastorale, les services de sensibilisation à la culture, aux traditions et à la spiritualité autochtones, les événements multiculturels et sociaux et les programmes de traitement de la toxicomanie. Le SCC peut également compter sur la participation de comités consultatifs de citoyens, composés de bénévoles, qui participent à des niveaux divers à l'élaboration des politiques et des pratiques du SCC.

21	Service correctionnel du Canada, <i>Budget des dépenses 2010-2011. Partie III — Rapport sur les plans et les priorités, 2010.</i>
22	Service correctionnel du Canada, <i>Budget des dépenses 2009-2010. Partie III — Rapport sur les plans et les priorités, 2009.</i>
23	Service correctionnel du Canada, cahier d'information présenté au Comité en novembre 2009 : données extraites du secteur de la gestion des ressources humaines du SCC en date du 16 août 2009.
24	Service correctionnel du Canada, <i>Plan stratégique pour la gestion des ressources humaines, 2007-2008 à 2009-2010</i> , <a href="http://www.csc-scc.gc.ca/text/pbict/sphrm07_10/messsage-tra.shtml">http://www.csc-scc.gc.ca/text/pbict/sphrm07_10/messsage-tra.shtml</a> .



d'un environnement thérapeutique où les membres d'une équipe interdisciplinaire peuvent offrir 24 heures par jour des traitements spécialisés dans le domaine des interventions correctionnelles, de la réadaptation et de la santé mentale.

Enfin, pour les délinquantes qui exigent une intervention intensive similaire mais qui ont une cote de sécurité maximale, le SCC a construit des unités de garde en milieu fermé dans chacun des cinq établissements régionaux pour femmes. Ces unités ont adopté des mesures de sécurité améliorées et une approche interdisciplinaire semblable à celle qui est utilisée dans les unités d'habitation en milieu de vie structurée, qui permet d'offrir des interventions, des programmes et des traitements intensifs à ces délinquantes à risque élevé<sup>17</sup>.

Selon les témoignages entendus, la capacité du SCC de répondre aux besoins des délinquants aux prises avec des troubles mentaux se limite largement aux traitements et interventions prodigués dans les CRT. Voici ce qu'a déclaré l'enquêteur correctionnel du Canada, Howard Sapers, dans son plus récent rapport :

[Malgré les besoins flagrants, le système correctionnel fédéral a une capacité limitée d'offrir un traitement et des interventions [en santé mentale] et se limite donc largement au traitement des cas les plus graves ou des cas chroniques — c'est-à-dire aux délinquants qui reçoivent des soins psychiatriques dans l'un des cinq centres régionaux de traitement. La plupart des autres cas de troubles mentaux soit ne sont pas traités, soit font l'objet d'une attention clinique limitée<sup>18</sup>.

Cette situation est d'autant plus problématique que la majorité des délinquants atteints de troubles mentaux sous la responsabilité du SCC ne remplissent pas les critères d'admission des CRT. C'est le cas notamment de plusieurs délinquants atteints de troubles de la personnalité, d'anxiété, d'insomnie, de traumatisme crânien, de dépression et de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation totale. L'enquêteur correctionnel révèle dans son rapport que « [m]oins de 10 % des délinquants sont effectivement admis dans les CRT ou traités dans l'environnement thérapeutique offert par ceux-ci<sup>19</sup>. » Voici ce qu'a soutenu M. Sapers lors de sa comparution devant le Comité :

L'écrasante majorité des détenus atteints de maladie mentale ne satisfait généralement pas aux critères d'admission qui leur permettraient de bénéficier des services des centres régionaux de traitement. Ils restent donc dans les établissements ordinaires et leurs maladies sont souvent présentées comme des problèmes de comportement ou [...] on parle à leur sujet de problèmes disciplinaires et non de problèmes de santé. C'est particulièrement vrai des délinquants qui ont eu des traumatismes crâniens ou souffrent de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation totale<sup>20</sup>.

- 17 Témoignages, 5 novembre 2009.
- 18 Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2008-2009, 29 juin 2009.
- 19 Ibid.
- 20 Témoignages, 2 juin 2009.



peuvent également recevoir des soins à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal grâce à une entente entre le gouvernement du Québec et le SCC qui prévoit un total de 12 lits pour le traitement psychiatrique d'hommes et de femmes sous la responsabilité du SCC.

Il incombe aux professionnels de la santé mentale en poste dans les établissements réguliers de recommander l'admission des délinquants (hommes ou femmes) dans les CRT. Selon la documentation fournie par le SCC, seuls les délinquants qui remplissent les conditions suivantes peuvent y être admis :

- Les délinquants ayant des maladies mentales ou psychiatriques aiguës (p. ex. psychose);
- Les délinquants ayant des maladies mentales chroniques;
- Les délinquants ayant des incapacités ou des déficiences cognitives cérébrales (p. ex. ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foétale);
- Les délinquants âgés ayant des problèmes de santé physique et mentale (p ex. démence, Alzheimer);
- Les délinquants en état de crise (p. ex. tendances suicidaires ou période d'automutilation chronique grave).

Les CRT mettent donc l'accent sur les délinquants (hommes ou femmes) qui éprouvent de graves problèmes de santé mentale ou qui nécessitent une intervention intensive et spécialisée. Ils visent d'abord à stabiliser les individus afin qu'ils puissent réintégrer la population correctionnelle générale. Pendant l'étude, des témoins ont souligné que certains délinquants sont libérés trop rapidement des CRT et se retrouvent très vite en situation de crise dans les établissements correctionnels réguliers. Cette situation s'explique en partie par le manque d'espace pour accueillir l'ensemble des détenus (hommes ou femmes) sous responsabilité fédérale qui ont des besoins criants en santé mentale. Cela contribuerait au syndrome de la porte tournante et à la tendance de gérer les crises plutôt que de les prévenir.

On a dit au Comité que les délinquantes ayant une cote de sécurité minimale ou moyenne qui ont des besoins en santé mentale, mais qui ne rencontrent pas les critères d'admission du centre psychiatrique régional de Saskatoon ou encore de l'Institut Philippe-Pinel sont traitées dans des unités d'habitation en milieu de vie structurée situées dans le périmètre des établissements correctionnels régionaux pour femmes. Quant à celles ayant une cote de sécurité maximale, elles sont traitées dans des unités de garde en milieu fermé, également situées dans les établissements régionaux pour femmes. Voici ce qu'a soutenu l'ancienne sous-commissaire pour les femmes du SCC, Elizabeth Van Allen, lors de sa comparution :

[L]es unités [d'habitation en milieu de vie structurée], où les délinquantes vivent dans une aire distincte et suivent les programmes dans une autre aire de l'établissement, sont destinées aux délinquantes ayant une cote de sécurité minimale ou moyenne. Il s'agit

# CHAPITRE 3 : LA CAPACITÉ DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA À RÉPONDRE AUX BESOINS DES DÉLINQUANTS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE

## 3.1 APERÇU DE LA CHARGE ET DE L'INFRASTRUCTURE DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA POUR ACCUEILLIR LES DÉTENU(S) SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE

Chaque année, le SCC est responsable d'un peu plus de 22 000 délinquants, dont quelque 13 000 sont détenus dans un établissement correctionnel et 8 800 sont en liberté sous surveillance dans la collectivité<sup>14</sup>. Il exploite au total 57 établissements correctionnels, dont six sont destinés aux femmes et 51 aux hommes. De ce nombre, 16 établissements sont de niveau de sécurité minimale, 20 sont de sécurité moyenne, huit sont de sécurité maximale et 13 sont multiples. Tous les établissements correctionnels pour les femmes, dont les cinq établissements régionaux et le pavillon autochtone de ressourcement Okimaw Ohci, sont à niveaux de sécurité multiples. Le SCC gère également 16 centres correctionnels communautaires, 175 établissements résidentiels communautaires et 84 bureaux de libération conditionnelle.

Pour accueillir les délinquants — principalement les hommes — qui ne peuvent pas se comporter normalement dans les établissements correctionnels réguliers en raison de leurs troubles mentaux, le SCC exploite également cinq centres régionaux de traitement en santé mentale (CRT) (aussi nommés centres psychiatriques ou centres de rétablissement) : les centres sont situés à Abbotsford, en Colombie-Britannique, à Dorchester, au Nouveau-Brunswick, à Saskatoon, en Saskatchewan, à Kingston, en Ontario, et à Sainte-Anne-des-Plaines, au Québec<sup>15</sup>. Le SCC ne dispose d'aucune installation psychiatrique autonome pour recevoir et traiter les délinquants qui nécessitent des soins intensifs en santé mentale. Il peut toutefois accueillir des délinquants dans une unité spécialisée qui est située dans le centre psychiatrique régional de Saskatoon. Cette unité destinée aux femmes est composée de 12 lits<sup>16</sup>. Certaines délinquantes

14	En date du mois d'août 2009, le SCC était responsable de 22 053 délinquants, dont 13 179 étaient en détention et 8 874 en liberté sous surveillance dans la collectivité. Service correctionnel du Canada, cahier d'information présenté au Comité en novembre 2009.
15	En date du 31 décembre 2009, trois des cinq centres régionaux de traitement du SCC avaient reçu une accréditation d'Agrement Canada, organisme indépendant et privé sans but lucratif. Afin de recevoir une accréditation, un examen est mené par des pairs de l'extérieur, afin d'évaluer la qualité de services d'un organisme selon les normes d'excellence. Les organismes participent annuellement au programme à titre facultatif. La liste d'organismes agréés est préparée par Agrement Canada et mise à jour deux fois par année. On dit que l'agrement est le moyen le plus efficace d'examiner régulièrement la prestation des services en vue d'améliorer la qualité des soins. Voir Agrement Canada 2008, <i>Organismes de santé agréés au 31 décembre 2009</i> , mise à jour 2010.
16	Service correctionnel du Canada, cahier d'information présenté au Comité en novembre 2009.



canadienne<sup>11</sup>, dont les délinquants qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier (au sens de la Partie I de la LSCMLC)<sup>12</sup>.

Les détenus sous responsabilité fédérale sont ainsi exclus en vertu de l'article 2 de la LCS. Par conséquent, leurs soins médicaux ne sont ni couverts par Santé Canada, ni par le système de soins de santé de la province où ils se trouvent. Aux termes de la LSCMLC, la prestation des soins de santé dispensés aux délinquants des établissements fédéraux relève du SCC. Pour assurer la continuité des soins dans la collectivité, le SCC doit également, en vertu de ses politiques internes, veiller à ce que le délinquant possède une carte d'assurance-maladie au moment de sa libération ainsi qu'une provision adéquate de médicaments liés à tout problème physique et/ou troubles de santé mentale<sup>13</sup>.

La nature de l'obligation du SCC en ce qui a trait aux soins de santé en établissement découle des articles 85 à 89 de la LSCMLC selon lesquels tout détenu doit bénéficier de soins de santé essentiels tels les soins médicaux et dentaires ainsi que les soins actifs et prolongés en santé mentale. Le SCC est également tenu de donner aux détenus un accès raisonnable à des soins de santé non essentiels pouvant faciliter leur réadaptation et leur réinsertion sociale. La prestation des soins de services du SCC doit être dispensée par des professionnels agréés et se conformer aux normes reconnues par la profession.

La responsabilité du SCC s'exerce également dans le cadre de programmes et de services axés sur les facteurs qui auraient pu inciter des délinquants à commettre l'acte criminel pour lesquels ils ont été condamnés. En vertu des articles 3, 5, et 76 de la LSCMLC, il incombe au SCC de mettre sur pied et d'offrir des programmes correctionnels pouvant répondre aux besoins des délinquants, les aider à modifier leur comportement et favoriser leur réadaptation.

Le régime du système de soins de santé présente d'importants défis pour le SCC dans l'administration et la prestation de ses services en établissement et dans la collectivité. Il faut noter que, en vertu de la LSCMLC, l'administration de tout traitement est subordonnée au consentement volontaire et éclairé du détenu qui peut le refuser ou y mettre fin. Lorsque le délinquant est incapable de donner un consentement éclairé, ce sont les lois provinciales sur la santé mentale qui s'appliquent.

11	Le gouvernement fédéral a la responsabilité exclusive de six autres groupes de Canadiens, à savoir les Premières nations et les Inuits, les Forces canadiennes et les anciens combattants, la Gendarmerie royale du Canada, les immigrants et les réfugiés, et les fonctionnaires fédéraux.
12	Un « pénitencier » est défini en vertu de LSCMLC comme un « établissement — bâtiment et terrains — administré à titre permanent ou temporaire par le Service pour la prise en charge et la garde des détenus ainsi que tout autre lieu déclaré tel aux termes de l'article 7 » de ladite Loi.
13	Service correctionnel du Canada, Directive du commissaire n° 712-4, Processus de mise en liberté.



Angleterre abritaient des délinquants condamnés à de très courtes peines d'emprisonnement, dans certains cas à moins d'un mois. Lors de son séjour, le Comité a appris que les très courtes peines posent des défis particuliers aux administrations correctionnelles de ces pays en ce qui a trait au traitement des troubles mentaux et de toxicomanie et au suivi des délinquants dans la collectivité. En Angleterre, par exemple, l'administration correctionnelle n'a pas l'autorité d'imposer des conditions et de surveiller les adultes condamnés à des peines de moins d'un an d'emprisonnement lorsqu'ils bénéficient d'une libération avant la fin de leur peine.

Au Canada, seuls les détenus sous responsabilité fédérale libérés à l'expiration de leur peine d'emprisonnement ne sont pas soumis à une surveillance dans la collectivité. La très grande majorité des délinquants sont libérés progressivement dans la collectivité sous la surveillance du SCC. Des recherches ont établi que cette approche constitue le moyen le plus sûr de contrôler le risque de récidive criminelle et d'assurer ainsi la protection du public.

## 2.2 LE DOMAINE DE LA SANTÉ

La Loi constitutionnelle de 1867 prévoit également le partage des compétences dans le domaine de la santé entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Selon la structure du système de soins de santé canadien, les provinces et les territoires ont les responsabilités les plus importantes dans la prestation de ces services. Les provinces et territoires sont chargés de légiférer en matière de santé mentale et de voir à l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux psychiatriques. En conséquence, chaque province et territoire possède sa propre loi sur la santé mentale<sup>10</sup>.

Le gouvernement fédéral est chargé d'aider au financement des services de soins de santé provinciaux et territoriaux, par l'entremise de transferts monétaires, d'administrer les normes applicables au système de santé en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), et d'offrir des services de santé à des groupes spécifiques de la population

Voir John E. Gray, Margaret A. Shone et Peter F. Liddle, *Canadian Mental Health Law and Policy*, 2<sup>e</sup> éd., LexisNexis, Canada Inc. 2008 à la p. 19; Colombie-Britannique : *Mental Health Act*, R.S.B.C. 1996, ch. 288; Alberta : *Mental Health Act*, R.S.A. 2000, ch. M-13; Saskatchewan : *Mental Health Services Act*, S.S. 1984, 1985 et 1986, ch. M-13.1; Manitoba : *Loi sur la santé mentale*, C.P.L.M. ch. M110; Ontario : *Loi sur la santé mentale*, L.R.O. 1990, ch. M.7; Québec : *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, L.R.Q. ch. P-38.001; Nouveau-Brunswick : *Loi sur la santé mentale*, L.R.S.N.-B. 1973, ch. M-10; Nouvelle-Écosse : *Involuntary Psychiatric Treatment Act*, S.N.S. 2005, ch. 42; Île-du-Prince-Édouard : *Mental Health Act*, R.S.P.E.I. 1988, ch. M-6.1; Terre-Neuve-et-Labrador : *Mental Health Care and Treatment Act*, S.N.L. 2006, ch. M-9.1; Yukon : *Loi sur la santé mentale*, L.R.Y. 2002, ch. 150; Territoires du Nord-Ouest : *Loi sur la santé mentale*, L.R.T.N.-O. 1988, ch. M-10; Nunavut : *Loi sur la santé mentale* (Nunavut), L.R.T.N.-O. 1988, ch. M-10.

# CHAPITRE 2 : LE PARTAGE DES COMPÉTENCES DANS LES DOMAINES CORRECTIONNEL ET DE LA SANTÉ

Tout au long de l'examen du Comité, des témoins ont mis au jour des défis propres au Canada en matière de prestation de services de santé mentale et de toxicomanie en milieu correctionnel. Ces défis découlent du partage des compétences entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans les domaines correctionnels et de la santé. Le présent chapitre traite brièvement de la séparation des pouvoirs dans ces domaines.

## 2.1 LE DOMAINE CORRECTIONNEL

Au Canada, en vertu de la *Loi constitutionnelle de 1867*, la responsabilité dans le domaine correctionnel est partagée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ou territoriaux en fonction de la peine imposée par le tribunal. Les délinquants adultes qui encourrent une peine d'emprisonnement d'au moins deux ans relèvent du gouvernement fédéral; ceux qui purgent une peine d'emprisonnement de moins de deux ans relèvent des gouvernements provinciaux ou territoriaux<sup>8</sup>.

Le SCC est l'organisme fédéral chargé d'administrer les peines d'emprisonnement de deux ans et plus. Cet organisme relève du ministère de la Sécurité publique; il est régi par la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC)<sup>9</sup>. Il est chargé de la gestion des établissements correctionnels fédéraux, de la prise en charge et de la garde des délinquants, de la préparation à leur réintégration progressive dans la collectivité et de la supervision de ceux qui bénéficient d'une libération sous condition. Le SCC est ainsi responsable du délinquant à compter de l'imposition de sa sentence jusqu'au terme de celle-ci. De plus, le SCC est aussi responsable de la surveillance postpénale des délinquants visés par une ordonnance de surveillance de longue durée.

Par contre, tous les délinquants condamnés à l'emprisonnement en Norvège, en Angleterre et au pays de Galles relèvent d'une administration centrale. Cette distinction est importante puisque l'étude du Comité n'a porté que sur les délinquants sous la responsabilité du gouvernement fédéral. Certains établissements visités en Norvège et en

8 Les services correctionnels provinciaux et territoriaux sont aussi responsables des accusés en détention provisoire et des délinquants qui sont condamnés à purger une peine dans la collectivité.

9 La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC), proclamée le 1<sup>er</sup> novembre 1992, a remplacé la *Loi sur les pénitenciers* et la *Loi sur la libération conditionnelle* de détenus. La LSCMLC dicte les responsabilités respectives des trois organismes qui composent le système correctionnel fédéral, à savoir le Service correctionnel du Canada (SCC), la Commission nationale des libérations conditionnelles (CNLC) et le Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC), de même que les principes qui doivent guider leurs actions, et prévoit les définitions et les règles d'application des différentes formes de libération sous condition.

directeurs d'établissements, des gardiens de prison et des personnes chargées de la surveillance des administrations correctionnelles (ombudsmans). Le Comité a également visité trois prisons pour hommes et un centre hospitalier médico-légal<sup>6</sup>.

La mission du Comité a été très productive grâce à la contribution de tous les experts et intervenants qu'il a eu l'occasion de rencontrer et au recensement de pratiques prometteuses en matière de prestation de soins de santé en milieu correctionnel.

Pour remplir son mandat, le Comité a également consulté des études sur la question, notamment le rapport de Lord Keith Bradley, chargé par le gouvernement britannique en 2007 de procéder à un examen indépendant de la prise en charge des individus atteints de troubles mentaux et d'apprentissage par le système de justice. En outre, il a pris connaissance du rapport de James Livingston, *Mental Health and Substance Use Services in Correctional Settings: A Review of Minimum Standards and Best Practices* [Services en santé mentale et en toxicomanie dans le milieu correctionnel : Examen des normes minimales et des pratiques exemplaires], et aussi du Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada, élaboré par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). Le Comité a également relevé l'excellent travail réalisé par la CSMC depuis sa création au printemps 2007 pour combattre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux et de toxicomanie au Canada<sup>7</sup>.

Enfin, au cours de l'étude, le Comité a constaté le dévouement et le professionnalisme du personnel qui travaille jour après jour — dans des conditions souvent inadéquates — avec les délinquants incarcérés dans les établissements correctionnels du Canada, de la Norvège et de l'Angleterre et de l'apport essentiel des bénévoles du SCC à la sécurité publique.

## 1.2 STRUCTURE DU RAPPORT

Le rapport s'articule autour de cinq chapitres, dont celui-ci. Le deuxième chapitre donne un aperçu de la séparation des pouvoirs dans les domaines correctionnels et de la santé au Canada. Le troisième présente quelques faits et chiffres relatifs à la capacité du SCC. Le quatrième chapitre fait état des connaissances accumulées par le Comité en ce qui a trait à la prévalence des troubles de santé mentale et de toxicomanie dans le système correctionnel fédéral, à la vulnérabilité des délinquants affectés par ces troubles et au défi que pose au SCC la gestion de cette clientèle correctionnelle. Enfin, le dernier chapitre comprend les observations du Comité et des recommandations qui visent à pallier les lacunes relevées par les témoins entendus tout au long de l'étude.

6 Le Comité a visité les prisons Ila et d'Oslo en Norvège de même que le centre médico-légal Bracton à Londres et la prison Whitemoor dans le Cambridgeshire, en Angleterre.

7 Commission de la santé mentale du Canada, *Vers le rétablissement et le bien-être : cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, novembre 2009.



Cette jeune femme de 19 ans s'est enlevé la vie en 2007 alors qu'elle était détenue dans l'établissement correctionnel fédéral Grand Valley, situé à Kitchener, en Ontario<sup>3</sup>.

Le Comité avait pour mandat d'examiner les politiques, les pratiques et les programmes mis de l'avant par le SCC pour répondre aux besoins des détenus sous responsabilité fédérale atteints de troubles mentaux et de toxicomanie, et d'étudier les pratiques exemplaires dans ce domaine.

Du 2 juin 2009 au 1<sup>er</sup> avril 2010, le Comité a tenu dix audiences publiques à Ottawa et une dizaine de séances informelles dans des établissements correctionnels de la Saskatchewan, de l'Ontario, du Québec et du Nouveau-Brunswick. Le Comité a recueilli les témoignages de représentants du SCC, du Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC), des ministères de la Sécurité publique et de la Justice, de la Commission de la santé mentale du Canada, de l'Association canadienne pour la santé mentale, du Centre de toxicomanie et de santé mentale, de la Société John Howard du Canada, de l'Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry et de nombreux experts et intervenants du domaine correctionnel, en toxicomanie et en santé mentale, y compris des tribunaux spécialisés<sup>4</sup>.

Au Canada, le Comité a aussi visité le plus grand nombre d'établissements correctionnels dans les délais imposés. Dans l'ensemble, les établissements visités sont de taille et de niveau de sécurité divers et constituent un échantillon représentatif des établissements correctionnels traditionnels, des pavillons de ressourcement autochtones et des centres régionaux de traitement en santé mentale du SCC. Toutefois, le Comité ne s'est pas rendu dans la région du Pacifique et n'a visité qu'un seul établissement destiné aux femmes<sup>5</sup>.

Le Comité a également voulu placer ses constats et ses observations dans un contexte international en se déplaçant en Norvège et en Angleterre où il a pu discuter avec des experts et des intervenants du domaine de la santé mentale et de la toxicomanie, et examiner les pratiques adoptées dans ces pays pour surmonter les troubles de toxicomanie et de santé mentale en milieu correctionnel. Le Comité souhaitait déterminer s'il pouvait tirer des leçons des approches adoptées dans ces pays en ce qui a trait, plus précisément, à la prestation des services de santé mentale et de toxicomanie en détention. Pendant son séjour, le Comité a discuté avec des ministres responsables de la justice, des parlementaires, des criminologues, des professionnels de la santé, des

Deux rapports importants ont été publiés en juin 2008 à ce sujet : Le rapport de l'ombudsman du Nouveau-Brunswick et du défenseur des enfants et de la jeunesse intitulé *Le rapport Ashley Smith*, <http://www.gnb.ca/0073/PDF/AshleySmith-f.pdf>, et celui de l'Enquêteur correctionnel du Canada intitulé *Une mort évitable*, <http://www.oct-bec.gc.ca/rp/roth-auro/roth-auro20080620-fra.aspx>.

La liste des témoins qui ont comparu devant le Comité se trouve à l'annexe A.

Le Comité a visité l'établissement correctionnel de Dorchester et le Centre de rétablissement Shepody dans la région de l'Atlantique, le Centre régional de réception et le Centre régional de santé mentale dans la région de Québec, le Centre régional de traitement et le pénitencier de Kingston dans la région de l'Ontario, et le Centre psychiatrique régional et le Pavillon de ressourcement Okimaw Ohci dans la région des Prairies.



d'un enjeu de sécurité publique majeur, puisque les délinquants qui ne reçoivent pas les traitements appropriés en détention risquent davantage de récidiver après leur libération et de compromettre ainsi la sécurité des Canadiens.

Cela étant dit, le Comité convient, avec tous les témoins entendus, qu'il faut éviter dans la mesure du possible que les personnes atteintes de troubles mentaux et de toxicomanie se retrouvent en détention en raison de leurs difficultés ou d'un manque de ressources dans la collectivité. Les établissements correctionnels ne doivent pas servir d'hôpitaux par défaut. En règle générale, la prison ne convient pas à la prise en charge des personnes fragilisées par ce genre de troubles. Les experts de la santé mentale s'entendent d'ailleurs pour dire que l'environnement carcéral est nocif pour la santé mentale. De plus, en raison des contraintes propres au milieu carcéral, les interventions thérapeutiques sont complexes et onéreuses.

Comme tous les témoins, le Comité conclut que le SCC ne peut remédier seul aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie en milieu carcéral. La criminalisation et l'incarcération de personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie s'inscrivent dans un contexte plus vaste dans lequel évoluent divers intervenants — organismes gouvernementaux et non gouvernementaux — des secteurs de la santé, des services sociaux et de la justice. Afin d'éviter que des personnes se retrouvent incarcérées à tort en raison de leurs troubles de santé mentale ou de toxicomanie, l'ensemble des participants devra collaborer plus étroitement. Les gouvernements, pour leur part, devront mettre en œuvre un système de santé mentale global, intégré et efficace, fondé sur la promotion de la santé mentale et des soins préventifs, le dépistage précoce des troubles mentaux et de toxicomanie, l'accès à des traitements et des soins efficaces dans la collectivité et, le cas échéant, la réinsertion des personnes confrontées à ces troubles.

## 1.1 DÉMARCHE ET MANDAT DU COMITÉ

L'étude met en lumière la nécessité d'une intervention hâtive, bien avant le stade où les personnes ont des démêlés avec la justice. Lorsqu'un crime est commis, il faut également être en mesure d'évaluer l'état de santé mentale de l'accusé afin de le diriger vers les services de santé et de soutien adaptés et de mettre au courant les intervenants des tribunaux des besoins de l'accusé. Le Comité est convaincu, comme la majorité des témoins rencontrés, qu'une telle approche respecte mieux les droits des personnes atteintes de troubles mentaux et de toxicomanie et pourrait générer des économies importantes à plus long terme. En effet, l'emprisonnement est une mesure coûteuse qui ne convient pas, de façon générale, à la prise en charge de personnes fragilisées par des troubles mentaux et de toxicomanie.

# LA SANTÉ MENTALE ET LA TOXICOMANIE DANS LE SYSTÈME CORRECTIONNEL FÉDÉRAL

## CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Les établissements correctionnels du Canada, comme ceux de plusieurs pays dont la Norvège et l'Angleterre, abritent un grand nombre de détenus\* aux prises avec des troubles de santé mentale et de dépendance à l'alcool et aux drogues. Au Canada, environ 80 % des délinquants condamnés à des peines d'emprisonnement de deux ans et plus sont confrontés à des problèmes de consommation de drogues et/ou d'alcool. En outre, un peu plus d'un délinquant sur dix (12 %) et une délinquante sur cinq (21 %) souffrent de graves troubles de santé mentale au moment de leur admission dans un établissement correctionnel fédéral<sup>1</sup>.

Il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau. Des recherches ont clairement démontré que la collectivité correctionnelle, au pays et à l'étranger, est dans l'ensemble en moins bonne santé que la population en général. Le Comité permanent de la sécurité publique et nationale (ci-après le Comité) s'inquiète toutefois de l'ampleur que prend le phénomène dans le système correctionnel fédéral canadien et du manque de ressources dont dispose le Service correctionnel du Canada (SCC), dont le mandat est d'assurer la garde des délinquants condamnés à purger une peine d'emprisonnement de deux ans ou plus, pour répondre aux besoins croissants des délinquants qui sont aux prises avec ces problèmes.

Le présent rapport expose les observations et recommandations du Comité qui découlent de l'examen des politiques, des pratiques et des programmes mis de l'avant par le SCC pour assurer le traitement et le soutien des délinquants sous responsabilité fédérale atteints de troubles mentaux et de toxicomanie. L'étude met en évidence la nécessité d'élargir de toute urgence la capacité du SCC de répondre aux besoins croissants de la clientèle correctionnelle confrontée à des troubles mentaux et de toxicomanie. La situation exige une action décisive du gouvernement fédéral; elle doit se traduire, selon le Comité, par l'allocation immédiate de ressources financières additionnelles au SCC. Quant à ce dernier, il doit accorder la plus haute priorité à l'amélioration de ses interventions en matière de santé mentale et de toxicomanie. Il s'agit

\* Afin de faciliter la lecture du texte, le masculin a généralement été employé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

5.11.1 Augmenter immédiatement le financement alloué au programme.....	62
5.11.2 Élargir l'éventail des programmes offerts aux détenus sous responsabilité fédérale .....	63
5.12 ASSURER LA TRANSITION EN TOUTE SÉCURITÉ EN RÉDUISANT LE RISQUE DE RÉCIDIVE.....	67
5.13 PROBLÈMES DE RECRUTEMENT ET DE RÉTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN MILIEU CORRECTIONNEL.....	69
5.14 LA NÉCESSITÉ DE METTRE EN ŒUVRE IMMÉDIATEMENT TOUTES LES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT UNE MORT ÉVITABLE DU BUREAU DE L'ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL.....	71
5.15 SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT ANNUEL DU BUREAU DE L'ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL 2008-2009.....	72
CONCLUSION.....	73
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	75
ANNEXE A	
Liste des témoins, 40 <sup>e</sup> législature, 3 <sup>e</sup> session.....	87
Liste des témoins, 40 <sup>e</sup> législature, 2 <sup>e</sup> session.....	89
ANNEXE B	
Liste des mémoires, 40 <sup>e</sup> législature, 3 <sup>e</sup> session.....	91
Liste des mémoires, 40 <sup>e</sup> législature, 2 <sup>e</sup> session.....	93
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT.....	95
OPINION DISSIDENTE DES DÉPUTÉS MINISTÉRIELS MEMBRES DU COMITÉ PERMANENT DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET NATIONALE.....	97
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU BLOC QUÉBÉCOIS.....	101
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE DU CANADA.....	103

5.3.2 Améliorer la capacité du Service correctionnel du Canada à intervenir efficacement auprès des délinquants autochtones.....	36
5.3.3 Obligations du Service correctionnel du Canada de travailler de concert avec les collectivités autochtones (art.81 et 84 de la LSCMLC) ....	38
5.4 AMÉLIORER LA CAPACITÉ DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA DE RÉPONDRE AUX BESOINS DES DÉLINQUANTS EN MATIÈRE DE SANTÉ.....	39
5.5 UN PROBLÈME DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE.....	40
5.6 UNE APPROCHE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE EN DÉTENTION QUI MET TROP D'IMPORTANCE SUR LA RÉPRESSION AU DÉTRIMENT DU TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE.....	44
5.7 L'INFRASTRUCTURE PHYSIQUE INADÉQUATE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS.....	47
5.7.1 Des pénitenciers décrépits, bondés, bruyants et dépourvus de toute lumière naturelle.....	47
5.7.2 La nécessité de construire de nouvelles unités spécialisées en santé mentale.....	49
5.8 CRÉER UN ENVIRONNEMENT PROPICE AU RÉTABLISSEMENT DES DÉLINQUANTS.....	51
5.9 LES LACUNES DE LA FORMATION DU PERSONNEL EN MILIEU CORRECTIONNEL.....	55
5.10 L'USAGE INAPPROPRIÉ DE L'ISOLEMENT PRÉVENTIF.....	57
5.10.1 Le cadre législatif.....	57
5.10.2 L'isolement préventif par défaut.....	58
5.10.3 À la recherche de solutions novatrices.....	60
5.10.4 Un processus d'arbitrage indépendant propre à remédier aux problèmes d'imputabilité et de transparence du Service correctionnel du Canada.....	61
5.11 RECONNAÎTRE L'IMPORTANCE DES PROGRAMMES CORRECTIONNELS POUR LE RÉTABLISSEMENT ET LA RÉINSERTION SÉCURITAIRE DES DÉLINQUANTS.....	61



19	DÉTENTION EN RAISON D'UN MANQUE DE RESSOURCES DANS LA COLLECTIVITÉ .....
19	5.1.1 La nécessité d'investir dans le système de santé mentale et de toxicomanie et de développer une stratégie nationale à cet égard en collaboration avec les provinces et les territoires .....
22	5.1.2 La nécessité d'investir davantage dans les initiatives de déjudiciarisation.....
24	5.1.2.1 Les tribunaux de traitement de la toxicomanie et de la santé mentale .....
26	5.2 RECONNAÎTRE LES AVANTAGES QUI DÉCOULENT DE LA CRÉATION DE PARTENARIATS POUR LA PRESTATION DE SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE EN MILIEU CORRECTIONNEL.....
26	5.2.1 Les modèles de prestation des services de santé de la Norvège, de l'Angleterre et du pays de Galles.....
26	5.2.1.1 L'approche de la Norvège .....
27	5.2.1.2 L'Angleterre et le pays de Galles .....
28	5.2.1.3 Six raisons pour transférer la responsabilité des services de santé en milieu correctionnel aux autorités provinciales de la santé .....
30	5.2.2 Entre-temps, renforcer la capacité du Service correctionnel du Canada de répondre aux besoins des détenus sous responsabilité fédérale par l'établissement de partenariats.....
31	5.2.2.1 Établir des ententes avec les autorités provinciales et territoriales de la santé afin que les détenus atteints d'un trouble de santé mentale grave soient traités dans des hôpitaux psychiatriques, plutôt que dans les établissements correctionnels conventionnels .....
32	5.2.2.2 Établir des ententes avec les autorités provinciales et territoriales et les organismes communautaires afin de pallier les lacunes en matière de continuité des soins.....
33	5.3 MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES DÉLINQUANTS AUTOCHTONES .....
35	5.3.1 Les engagements du Service correctionnel du Canada envers les délinquants autochtones.....

# TABLE DES MATIÈRES

LA SANTÉ MENTALE ET LA TOXICOMANIE DANS LE SYSTÈME CORRECTIONNEL FÉDÉRAL.....	1
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION.....	1
1.1 DÉMARCHE ET MANDAT DU COMITÉ.....	2
1.2 STRUCTURE DU RAPPORT.....	4
CHAPITRE 2 : LE PARTAGE DES COMPÉTENCES DANS LES DOMAINES CORRECTIONNEL ET DE LA SANTÉ.....	5
2.1 LE DOMAINE CORRECTIONNEL.....	5
2.2 LE DOMAINE DE LA SANTÉ.....	6
CHAPITRE 3 : LA CAPACITÉ DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA À RÉPONDRE AUX BESOINS DES DÉLINQUANTS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE.....	9
3.1 APERÇU DE LA CHARGE ET DE L'INFRASTRUCTURE DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA POUR ACCUEILLIR LES DÉTENUS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE.....	9
3.2 LE BUDGET DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA.....	12
3.3 LE PERSONNEL DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA.....	12
CHAPITRE 4 : APERÇU DE L'INCIDENCE DES TROUBLES MENTAUX ET DE TOXICOMANIE DANS LA POPULATION CORRECTIONNELLE FÉDÉRALE.....	13
4.1. INCIDENCE DES TROUBLES MENTAUX ET DE TOXICOMANIE DANS LA POPULATION CORRECTIONNELLE FÉDÉRALE.....	13
4.2 LA VULNÉRABILITÉ DES DÉTENUS AUX PRISES AVEC DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE.....	16
4.3 LE DÉFI QUE PRÉSENTE LA GESTION DE CETTE POPULATION POUR LE SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA.....	17
CHAPITRE 5 : OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ.....	19
5.1. INVESTIR EN AMONT AFIN QUE LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX ET DE TOXICOMANIE NE FINISSENT PAS EN	



# LE COMITÉ PERMANENT DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET NATIONALE

a l'honneur de présenter son

## QUATRIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié le système correctionnel fédéral : santé mentale et toxicomanie et a convenu de faire rapport de ce qui suit :



L'hon. Joseph Voipe  
Todd Russell  
Luc Desnoyers  
Shelly Glover  
Sukh Dhaliwal

Paule Brunelle  
Peter Braid  
Garry Breitkreuz  
Borys Wrzesnewskyj  
Randy Hoback

**GREFFIER DU COMITÉ**  
Roger Préfontaine

**BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT**

**Service d'information et de recherche parlementaires**  
Lyne Casavant, Tanya Dupuis

# COMITÉ PERMANENT DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET NATIONALE

## PRÉSIDENT

Kevin Sorenson

## VICE-PRÉSIDENTS

Mark Holland

Don Davies

## MEMBRES

Ben Lobb

Dave Mackenzie

Maria Mourani

Brent Rathgeber

Alexandra Mendes

Roger Gaudet

Andrew Kania

Phil McColeman

Rick Norlock

## AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Nicolas Dufour

Robert Vincent

David Christopherson

André Bellavance

Bonnie Crombie

Meili Faillie

Gary Ralph Schellenberger

Gerard Kennedy

Serge Ménard

Siobhan Coady

Louis Plamondon

LaVar Payne

Laurie Hawn

Kevin Sorenson

Glen Douglas Pearson

Carole Freeman

L'hon. Navdeep Bains

Scott Sims

Robert Oliphant

Carole Lavallée



**LA SANTÉ MENTALE ET LA TOXICOMANIE DANS  
LE SYSTÈME CORRECTIONNEL FÉDÉRAL**

**Rapport du Comité permanent  
de la sécurité publique et nationale**

**Le président**

**Kevin Sorenson, député**

**DÉCEMBRE 2010**

**40<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 3<sup>e</sup> SESSION**





Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

## PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à :

Les Éditions et Services de dépôt Travaux publics et Services gouvernementaux Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943  
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757

publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca  
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à  
l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

**LA SANTÉ MENTALE ET LA TOXICOMANIE DANS  
LE SYSTÈME CORRECTIONNEL FÉDÉRAL**

**Rapport du Comité permanent  
de la sécurité publique et nationale**

**Le président**

**Kevin Sorenson, député**

**DÉCEMBRE 2010**

**40<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 3<sup>e</sup> SESSION**



**CHAMBRE DES COMMUNES  
CANADA**